

Cigna Health and Life Insurance Company puede cambiar las primas de esta Póliza, pero primero debe enviarle a la Persona asegurada una notificación por escrito 75 días antes. Sin embargo, no cambiaremos el cronograma de primas de esta Póliza de manera individual, sino que lo haremos para todas las Personas aseguradas que estén incluidas en la misma clase y estén cubiertas por el mismo plan que usted. Solo cambiaremos las primas una vez al año.

**Cigna Health and Life Insurance Company (“Cigna”)
900 Cottage Grove Road
Bloomfield, CT 06002**

**Cigna Connect 5000
Plan de salud médico principal individual y familiar**

Si desea cancelar o tiene preguntas

Si no está satisfecho, por cualquier motivo, con los términos de esta Póliza, puede devolverla en un plazo de 10 días después de recibirla. En ese caso, cancelaremos su cobertura a partir de la fecha de inicio original y le reembolsaremos de inmediato cualquier prima que haya pagado. Luego de esto, la Póliza quedará sin validez. Si desea comunicarse con nosotros por este tema o por cualquier otro motivo, escríbanos a la siguiente dirección:

**Cigna Individual Services
P. O. Box 30365
Tampa, FL 33630
1-877-484-5967**

Incluya su número de identificación de Cigna en la correspondencia. Este número se encuentra en su tarjeta de identificación de Cigna.

ESTA PÓLIZA NO ES UNA PÓLIZA COMPLEMENTARIA DE MEDICARE. Si usted reúne los requisitos para Medicare, revise la Guía para las personas con Medicare que puede brindarle la compañía.

Renovación garantizada

Esta Póliza es una cobertura médica sujeta a pagos mensuales puntuales por parte de la Persona asegurada. La cobertura según esta Póliza iniciará a las 12:01 a. m., **hora del este**, en la Fecha de inicio que se encuentra en la página de especificaciones de la Póliza. La cobertura terminará a las 12:00 a. m., **hora del este**.

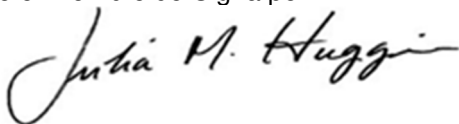
Renovación. Esta Póliza se renueva por Año calendario.

Cancelación por parte de Cigna. Podemos cancelar esta Póliza únicamente en alguno de los siguientes casos:

- 1 Si usted no paga sus primas a medida que venzan, sujetas al período de gracia de 31 días para los planes que no hayan sido obtenidos en el Mercado o al período de gracia de 90 días para los planes que hayan sido obtenidos en el Mercado.
- 2 Si usted ha cometido cualquier acto o práctica que se considere fraude, o ha hecho una alteración intencional de un dato esencial según los términos de la cobertura.
- 3 Cuando dejemos de ofrecer este tipo de pólizas a todas las personas de su clase. En ese caso, la ley de Virginia nos exige que hagamos lo siguiente: (1) le enviemos una notificación por escrito a cada una de las Personas aseguradas para informarles sobre la cancelación, al menos 90 días antes de la fecha de la cancelación de la cobertura; (2) le ofrezcamos a cada una de las Personas aseguradas la opción de obtener cualquier otra cobertura individual de seguro hospitalario, médico hospitalario o quirúrgico, con emisión garantizada, al momento de la cancelación; y (3) actuemos de manera uniforme, sin importar cualquier factor relacionado con una condición de salud de la Persona asegurada.
- 4 Cuando dejemos de ofrecer planes en el mercado individual de Virginia, le informaremos sobre la cancelación próxima de su cobertura 180 días antes de dicha cancelación, como mínimo.
- 5 Cuando la Persona asegurada ya no resida, viva ni trabaje en el Área de servicio.

Toda cancelación se hará sin perjuicio de los reclamos por Gastos cubiertos que se hayan asumido antes de la cancelación.

Firmado en nombre de Cigna por:



Julia H. Huggins, President



Anna Krishtul, Corporate Secretary

INFORMACIÓN IMPORTANTE CON RESPECTO A SU SEGURO

Esta compañía está sujeta a la reglamentación del estado de Virginia, por la Oficina de Seguros de la Comisión de Corporaciones del Estado (según el Título 38.2) y por el Departamento de Salud de Virginia (según el Título 32.1).

Si necesita comunicarse con alguien por cualquier motivo relacionado con este seguro, comuníquese con su representante. Si ningún representante lo ayudó a obtener este seguro o si tiene más preguntas, puede comunicarse con la compañía de seguros que emitió este seguro a la siguiente dirección y número de teléfono:

Cigna Health and Life Insurance Company (“Cigna”)

Individual Services

900 Cottage Grove Road
Bloomfield, CT 06002
1.800.Cigna24 (1.800.244.6224)

Si no se ha podido comunicar o no ha quedado satisfecho con la compañía o con el representante, puede comunicarse con la Oficina de Seguros de la Comisión Corporativa Estatal de Virginia:

Life and Health Division

Bureau of Insurance

P.O. Box 1157
Richmond, VA 23218
1-800-552-7945, para llamadas estatales
1-877-310-6560, número de teléfono nacional gratuito

Es preferible que envíe correspondencia escrita para que quede un registro de su consulta. Cuando se comunique con su representante, la compañía o la Oficina de Seguros, tenga a mano su número de identificación de miembro.

RESPONSABLE DEL PAGO COMO ÚLTIMO RECURSO. El Departamento de Servicios de Asistencia Médica, que administra el programa Medicaid en Virginia, es el responsable del pago como último recurso. Tenga en cuenta que el hecho de que el asegurado reúna los requisitos para recibir asistencia médica con Medicaid no es un motivo para que Cigna decida no afiliarse a una persona o retener pagos por beneficios a un asegurado o en nombre de un Asegurado, en concepto de cuidado de la salud o dental cubierto según la Póliza.

A continuación, se presentan los avisos requeridos por las leyes federales para todos los planes que cumplen con la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio. Para conocer los requisitos específicos de esta Póliza en relación con el Proveedor/Médico de Cuidado Primario y los requisitos de referencia, consulte la sección llamada “Introducción”.

Acceso directo a obstetras y ginecólogos

No necesita autorización previa del plan ni de ninguna otra persona (como un proveedor de cuidado primario) para recibir la atención obstétrica o ginecológica brindada por un profesional de cuidado de la salud de nuestra red, especializado en obstetricia o ginecología. Sin embargo, es posible que el profesional de cuidado de la salud deba cumplir con ciertos procedimientos, como obtener autorización previa para algunos servicios, seguir un plan de tratamiento previamente aprobado o procedimientos para referir. Para ver una lista de los profesionales de cuidado de la salud participantes que se especializan en Obstetricia o Ginecología, visite www.mycigna.com o comuníquese con servicio al cliente al número de teléfono que se encuentra en el lado de atrás de su tarjeta de identificación.

Selección de un proveedor de cuidado primario

Esta Póliza exige o permite la designación de un Proveedor de cuidado primario. Usted tiene derecho a designar a cualquier proveedor de cuidado primario que participe en la red y que pueda aceptarlo a usted o a los miembros de su familia. Si su plan le exige que designe a un proveedor de cuidado primario, Cigna podrá designar uno por usted hasta que usted haga la designación correspondiente. Para obtener información sobre cómo seleccionar a un Proveedor de cuidado primario, y para ver una lista de los proveedores de cuidado primario participantes, visite www.mycigna.com o comuníquese con servicio al cliente al número de teléfono que se encuentra en el lado de atrás de su tarjeta de identificación.

En el caso de sus hijos, puede designar a un pediatra como el proveedor de cuidado primario.

Índice

ÍNDICE	4
INTRODUCCIÓN	7
ACERCA DE ESTA PÓLIZA.....	7
ESTA ES UNA PÓLIZA ÚNICAMENTE DE PROVEEDORES EXCLUSIVOS DE LA RED	8
CÓMO ELEGIR UN PROVEEDOR DE CUIDADO PRIMARIO	8
CÓMO CAMBIAR DE PROVEEDOR DE CUIDADO PRIMARIO	8
CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN.....	8
REFERENCIAS A ESPECIALISTAS	9
EXCEPCIONES DEL PROCESO DE REFERENCIA:	9
REFERENCIA PERMANENTE A UN ESPECIALISTA.....	10
EXCEPCIONES DE LA RED	10
NOTA SOBRE LAS CUENTAS DE AHORROS PARA LA SALUD (HSA)	10
PROGRAMA DE AUTORIZACIÓN PREVIA	11
PROGRAMA DE BENEFICIOS	13
DEFINICIONES	27
¿QUIÉNES REÚNEN LOS REQUISITOS PARA RECIBIR COBERTURA?	40
REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD.....	40
¿CUÁNDO PUEDE PRESENTAR LA SOLICITUD?	41
CAUSAS ESPECÍFICAS DE INELEGIBILIDAD	44
CONTINUIDAD	45
CÓMO FUNCIONA LA PÓLIZA	46
PROGRAMA DE BENEFICIOS	46
CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES.....	46
DEDUCIBLES	47
DESEMBOLSO MÁXIMO.....	47
LÍMITES ESPECIALES.....	48
BENEFICIOS INTEGRALES: COBERTURA DE LA PÓLIZA	49
SERVICIOS Y SUMINISTROS BRINDADOS POR UN HOSPITAL O CENTRO QUIRÚRGICO AMBULATORIO INDEPENDIENTE	49
SERVICIOS PARA PACIENTES INTERNADOS EN OTROS CENTROS DE CUIDADO DE LA SALUD	50
SERVICIOS DE ATENCIÓN DE ENFERMOS TERMINALES	51
SERVICIOS PROFESIONALES Y DE OTRO TIPO	52
CORRECCIÓN DE LA VISTA DESPUÉS DE UNA CIRUGÍA O UN ACCIDENTE.....	52
CIRUGÍA	52
CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA	53
LOS SERVICIOS ESTARÁN CUBIERTOS COMO CUALQUIER SERVICIO MÉDICO SEGÚN ESTA PÓLIZA.....	53
SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO.....	53
TERAPIA DE RADIACIÓN	54
TERAPIA RESPIRATORIA.....	54
TERAPIA DE INFUSIÓN	55
DIÁLISIS	55
EQUIPO MÉDICO DURADERO	55
SUMINISTROS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS.....	56
APARATOS Y DISPOSITIVOS PROTÉSICOS.....	56
DISPOSITIVOS ORTOPÉDICOS	57
SERVICIOS DE AMBULANCIA	57
SERVICIOS HABILITATIVOS Y DE REHABILITACIÓN	57
SERVICIOS PARA LA REHABILITACIÓN CARDÍACA Y PULMONAR.....	58
SERVICIOS PARA TRASTORNOS MENTALES, EMOCIONALES O NERVIOSOS FUNCIONALES (INCLUIDOS LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS) Y TRASTORNOS ASOCIADOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS.....	58
CUIDADO DE MATERNIDAD Y DURANTE EL EMBARAZO	59
TRATAMIENTO PARA LA ESTERILIDAD	60
HOSPITALIZACIÓN POR HISTERECTOMÍA.....	60

SERVICIOS DE CUIDADO PREVENTIVO.....	60
CUIDADO PREVENTIVO PARA LA MUJER	61
CUIDADO PREVENTIVO PARA ADULTOS	63
PRUEBAS GENÉTICAS.....	64
SERVICIOS DE PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN TEMPRANA.....	64
CIRCUNCISIÓN	65
ANOMALÍAS Y DEFECTOS CONGÉNITOS EN RECIÉN NACIDOS	65
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL LINFEDEMA	65
TRASPLANTES DE ÓRGANOS Y TEJIDOS Y CUIDADO DE ESPECIALIDAD RELACIONADO	65
TRATAMIENTO DE LA DIABETES	67
TRATAMIENTO RECIBIDO DE PROVEEDORES EN PAÍS EXTRANJERO.....	68
CIGNA TELEHEALTH CONNECTION.....	68
SERVICIOS DE TELEMEDICINA	69
SERVICIOS DE CUIDADO DE LA SALUD EN EL HOGAR.....	69
DEJAR DE FUMAR.....	70
MASTECTOMÍA Y PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS	70
ATENCIÓN DENTAL.....	70
COBERTURA DENTAL PARA TRATAMIENTOS MÉDICOS	71
HOSPITALIZACIÓN Y ANESTESIA PARA PROCEDIMIENTOS DENTALES.....	71
TRATAMIENTO PARA EL TRASTORNO DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (TMJ) Y TRASTORNOS CRANEOMANDIBULARES.....	71
PROCEDIMIENTOS QUE INVOLUCRAN HUESOS Y ARTICULACIONES DE LA CABEZA, EL CUELLO, LA CARA O LA MANDÍBULA.....	72
CIRUGÍA ORAL	72
APARATOS Y DISPOSITIVOS PROTÉSICOS EXTERNOS.....	72
FÓRMULAS NUTRICIONALES: FÓRMULA ELEMENTAL A BASE DE AMINOÁCIDOS O METABOLISMO DE ÁCIDO ORGÁNICO, ANOMALÍA METABÓLICA O ALERGIAS GRAVES A LA PROTEÍNA O LA SOJA	74
PRUEBAS Y TRATAMIENTOS PARA EL SUEÑO	74
ENSAYOS CLÍNICOS.....	74
HEMOFILIA Y TRASTORNO HEMORRÁGICO CONGÉNITO	76
MEDICAMENTOS USADOS EN EL TRATAMIENTO CONTRA EL CÁNCER.....	76
MEDICAMENTOS ANTICANCERÍGENOS DE ADMINISTRACIÓN ORAL	76
MEDICAMENTOS DE USO EXTRAOFICIAL Y MEDICAMENTOS ANTICANCERÍGENOS	77
PAGO AL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA DE VIRGINIA	77
EXCLUSIONES Y LIMITACIONES: LO QUE ESTA PÓLIZA NO CUBRE	78
SERVICIOS EXCLUIDOS.....	78
BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA	84
PAGOS A LA FARMACIA	84
MEDICAMENTOS CON RECETA Y MEDICAMENTOS DE ESPECIALIDAD CUBIERTOS COMO BENEFICIOS MÉDICOS	84
BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS DE ESPECIALIDAD Y MEDICAMENTOS AUTOINYECTABLES Y NO AUTOINYECTABLES	84
GESTIÓN DE LAS LISTAS DE MEDICAMENTOS CON RECETA	85
GASTOS CUBIERTOS.....	86
ACCESO A FARMACIAS MINORISTAS PARTICIPANTES	86
LO QUE ESTÁ CUBIERTO.....	86
CONDICIONES DE SERVICIO.....	87
EXCLUSIONES	87
LIMITACIONES.....	89
SINCRONIZACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS	89
PROCESO DE AUTORIZACIÓN PREVIA, EXCEPCIÓN Y APELACIÓN PARA MEDICAMENTOS CON RECETA Y SUMINISTROS RELACIONADOS.....	90
COBERTURA DE MEDICAMENTOS NUEVOS.....	91
REEMBOLSO/PRESENTACIÓN DE UN RECLAMO	91
RECLAMOS Y SERVICIO AL CLIENTE.....	92
BENEFICIOS DE ATENCIÓN PEDIÁTRICA DE LA VISTA PARA EL CUIDADO BRINDADO POR UN OFTALMÓLOGO U OPTOMETRISTA	93

BENEFICIOS DE ATENCIÓN PEDIÁTRICA DE LA VISTA.....	93
DEFINICIONES.....	93
BENEFICIOS CUBIERTOS.....	93
EXCLUSIONES.....	94
PROVEEDORES DE CIGNA VISION.....	95
REEMBOLSO/PRESENTACIÓN DE UN RECLAMO.....	95
CLÁUSULAS GENERALES.....	96
CLÁUSULA ALTERNATIVA DE CONTENCIÓN DE COSTOS.....	96
SEGURO CON OTRAS COMPAÑÍAS.....	96
QUÉ HACER CUANDO TIENE UNA QUEJA O APELACIÓN.....	97
TÉRMINOS DE LA PÓLIZA.....	101
OTRO SEGURO CON ESTA ASEGURADORA.....	106
CÓMO PRESENTAR UN RECLAMO PARA BENEFICIOS.....	106
PROCEDIMIENTOS DE DETERMINACIÓN DE RECLAMOS.....	107
PRIMAS.....	110

Introducción

Acerca de esta Póliza

Su cobertura médica se brinda según una Póliza emitida por Cigna Health and Life Insurance Company (“Cigna”). Esta Póliza es un contrato legal entre usted y nosotros.

Según esta Póliza, las palabras “nosotros” y “nuestro” hacen referencia a Cigna. “Usted” o “su” hacen referencia al Titular de la póliza, cuya solicitud ha sido aceptada por el Intercambio de seguros según la Póliza emitida. Cuando usamos el término “Persona asegurada” en esta Póliza, nos referimos a usted y a cualquier Familiar que reúna los requisitos y esté cubierto por esta Póliza. Usted y todos los Familiares cubiertos por esta Póliza se encuentran en la página de especificaciones de la Póliza.

Los beneficios de esta Póliza se brindan únicamente para los servicios que se consideren Necesarios por razones médicas, según se definen en esta Póliza, siempre que a la Persona asegurada le correspondan esos beneficios. El hecho de que un Médico recete o indique un servicio no significa que dicho servicio, en sí mismo, sea Necesario por razones médicas ni que sea un Servicio cubierto. Si tiene preguntas sobre si los servicios están cubiertos, consulte esta Póliza o llámenos por teléfono al número que se encuentra en su tarjeta de identificación de Cigna.

Esta Póliza contiene muchos términos importantes (como “Necesario por razones médicas” y “Servicios cubiertos”) que se definen en la sección llamada “Definiciones”. Antes de leer esta Póliza, asegúrese de que entiende el significado de estas palabras, ya que están relacionadas con la Póliza.

En contraprestación por el pago de las primas acordadas en esta Póliza, les brindaremos los servicios y beneficios que se mencionan en esta Póliza a usted y a sus Familiares cubiertos según esta Póliza.

SI, DENTRO DE LOS 2 AÑOS DESPUÉS DE LA FECHA DE INICIO DE SU PARTICIPACIÓN EN LA PÓLIZA, DESCUBRIMOS CUALQUIER ACTO, PRÁCTICA U OMISIÓN QUE SE CONSIDERE UN FRAUDE, O BIEN, QUE SE HAN ALTERADO INTENCIONALMENTE DATOS ESENCIALES, PODEMOS CANCELAR ESTA COBERTURA A PARTIR DE LA FECHA ORIGINAL DE INICIO. ADEMÁS, SI EN LOS 2 AÑOS DESPUÉS DE INCLUIR FAMILIARES ADICIONALES (SIN INCLUIR A LOS HIJOS RECIÉN NACIDOS DEL ASEGURADO, INCORPORADOS DENTRO DE LOS 31 DÍAS DESPUÉS DEL NACIMIENTO), DESCUBRIMOS CUALQUIER ACTO, PRÁCTICA U OMISIÓN QUE SE CONSIDERE UN FRAUDE, O BIEN, QUE SE HAN ALTERADO INTENCIONALMENTE DATOS ESENCIALES, PODEMOS CANCELAR LA COBERTURA DE LOS FAMILIARES ADICIONALES A PARTIR DE SU FECHA ORIGINAL DE INICIO. SI CANCELAMOS SU COBERTURA, LE ENVIAREMOS UNA NOTIFICACIÓN POR ESCRITO O ELECTRÓNICA 30 DÍAS ANTES.

LA NOTIFICACIÓN INCLUIRÁ, COMO MÍNIMO, LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

1. UNA IDENTIFICACIÓN PRECISA DEL SUPUESTO ACTO FRAUDULENTO, LA SUPUESTA PRÁCTICA, O LA OMISIÓN O ALTERACIÓN INTENCIONAL DE UN DATO ESENCIAL.
2. UNA EXPLICACIÓN SOBRE POR QUÉ EL ACTO, LA PRÁCTICA O LA OMISIÓN FUE FRAUDULENTO O FUE UNA ALTERACIÓN INTENCIONAL DE UN DATO ESENCIAL.
3. UNA NOTIFICACIÓN QUE INDIQUE QUE LA PERSONA ASEGURADA O SU REPRESENTANTE AUTORIZADO, ANTES DE QUE FINALICE LA FECHA DE LA NOTIFICACIÓN ANTICIPADA DE LA CANCELACIÓN PROPUESTA, PUEDE PRESENTAR DE INMEDIATO UNA APELACIÓN INTERNA PARA SOLICITAR UNA RECONSIDERACIÓN DE LA CANCELACIÓN.
4. UNA DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE APELACIÓN INTERNA PARA LAS CANCELACIONES DEL PROVEEDOR, INCLUIDOS LOS LÍMITES DE TIEMPO CORRESPONDIENTES A DICHS PROCEDIMIENTOS.
5. LA FECHA DE TERMINACIÓN DE LA NOTIFICACIÓN ANTICIPADA Y LA FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE CANCELARÁ LA COBERTURA.

LE REEMBOLSAREMOS TODAS LAS PRIMAS QUE PAGÓ POR LA PÓLIZA, MENOS LA CANTIDAD CORRESPONDIENTE A CUALQUIER RECLAMO QUE CIGNA HAYA PAGADO. LA CANCELACIÓN DE SU COBERTURA TENDRÁ COMO RESULTADO LA DENEGACIÓN DE TODOS LOS RECLAMOS PENDIENTES Y, SI EL PAGO DE LOS RECLAMOS SUPERA EL TOTAL DE LAS PRIMAS PAGADAS, LOS RECLAMOS QUE CIGNA HAYA PAGADO ANTERIORMENTE SE DENEGARÁN DE MANERA RETROACTIVA; ESTO LO OBLIGARÁ A USTED A PAGARLE AL PROVEEDOR LA TOTALIDAD DE LOS SERVICIOS PRESTADOS, SEGÚN LA TARIFA HABITUAL DEL PROVEEDOR, NO LA TARIFA QUE SE HAYA NEGOCIADO CON CIGNA.

Elección del hospital y el médico: Ninguna sección de esta Póliza limita o interfiere con el derecho de una Persona asegurada a elegir el Hospital o el Médico que desee. Sin embargo, esta Póliza no cubre los servicios que no sean de emergencia y que sean brindados por un Proveedor no participante, salvo que se indique en las cláusulas llamadas “Circunstancias especiales” y “Excepciones de la red” de esta póliza.

ESTA ES UNA PÓLIZA ÚNICAMENTE DE PROVEEDORES EXCLUSIVOS DE LA RED

Esto significa que esta Póliza no ofrece beneficios por ningún servicio que reciba de un Proveedor fuera de la red, salvo:

- por servicios de estabilización y tratamiento inicial de una Afección médica de emergencia; o bien,
- por servicios necesarios por razones médicas que no estén disponibles a través de un proveedor dentro de la red (participante).

Los proveedores dentro de la red (participantes) incluyen médicos, hospitales y otros centros de cuidado de la salud. Consulte el directorio de proveedores, disponible en cigna.com/ifp-providers, o bien, inicie sesión en www.mycigna.com o llame al número que se encuentra en su tarjeta de identificación para averiguar si un proveedor se encuentra dentro de la red (participante) o para solicitar que le envíen por correo postal una copia impresa del directorio de proveedores.

Cómo elegir un proveedor de cuidado primario

Cuando se inscribe como Persona asegurada, debe elegir un Proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés). Cada familiar cubierto también debe elegir un PCP. Si no elige un PCP, le asignaremos uno. Si su PCP deja de ser un médico participante, podrá elegir un nuevo PCP.

Usted tiene derecho a designar como su PCP a cualquier proveedor de cuidado primario que participe en la red y que pueda aceptarlo a usted o a sus familiares. Para obtener información sobre cómo elegir un proveedor de cuidado primario y para ver una lista de los proveedores de cuidado primario participantes, visite www.mycigna.com o comuníquese con el servicio al cliente al número de teléfono que se encuentra en el lado de atrás de su tarjeta de identificación. En el caso de sus hijos, puede designar a un pediatra como el proveedor de cuidado primario.

Cómo cambiar de proveedor de cuidado primario

Puede cambiar de PCP de manera voluntaria, pero no más de una vez por mes calendario. Nos reservamos el derecho de decidir la cantidad de veces durante un Año que se le permitirá cambiar de PCP. Si desea cambiar su proveedor de cuidado primario por otro, comuníquese con nosotros al número de servicio al cliente que se encuentra en su tarjeta de identificación. Estos cambios iniciarán el primer día del mes siguiente al mes en el cual termina el procesamiento del cambio solicitado. Además, si en algún momento el proveedor de cuidado primario deja de ser un Proveedor participante, le informaremos con 30 días de anticipación para que pueda elegir un nuevo proveedor de cuidado primario.

Continuidad de la atención

Si su PCP o especialista deja de ser un médico participante, salvo cuando se cancele su participación en la red de esta Póliza con causa, dejaremos que el proveedor preste servicios de cuidado de la salud por un período de 90 días, como mínimo, a todos los miembros que cumplan con las siguientes características:

- Hayan estado en tratamiento activo con el proveedor antes de recibir el aviso de cancelación.
- Soliciten seguir recibiendo servicios de cuidado de la salud por parte del proveedor.

Asimismo, a menos que la participación del médico participante en la red de esta póliza se cancele con causa, Cigna permitirá que todos los proveedores que dejen de ser médicos participantes sigan prestando sus servicios de cuidado de la salud a todos los miembros que cumplan con las siguientes características:

- Han entrado al segundo trimestre de embarazo en el momento en que se cancela la participación del proveedor. Si el miembro está de acuerdo, dicho tratamiento continuará mientras se brinde atención postparto directamente relacionada con el parto.
- Se determina que el miembro tiene una enfermedad terminal (según la definición del § 1861 (dd)(3)(A) de la Ley del Seguro Social) en el momento en que se cancela la participación del proveedor. Si el miembro está de acuerdo, dicho tratamiento continuará mientras el paciente siga con vida y reciba atención directamente relacionada con el tratamiento para la enfermedad terminal.

El proveedor recibirá un reembolso de nuestra parte por la continuidad de la cobertura según el contrato que tenía con nosotros inmediatamente antes de la cancelación de su participación.

Referencias a especialistas

Para que una consulta con un proveedor que no sea su PCP esté cubierta, debe recibir una referencia previa de su PCP, salvo que se indique lo contrario más abajo en la sección “Excepciones del proceso de referencia”. La referencia autoriza la cantidad específica de veces que puede consultar con un proveedor en un período de tiempo específico. Si recibe tratamiento de un Proveedor que no sea su PCP sin una referencia del PCP, el tratamiento no estará cubierto y usted será responsable de pagar el 100 % de los costos asociados.

Excepciones del proceso de referencia:

Usted puede recibir ciertos servicios de Proveedores participantes y Servicios de emergencia sin una referencia de su PCP. Los siguientes servicios no necesitan referencia:

- Servicios de emergencia

No necesita una referencia de su PCP para recibir Servicios de emergencia, según se definen en la sección “Definiciones”. Si hay una emergencia, busque asistencia de inmediato. Vaya a la sala de emergencia o al hospital más cercanos a su domicilio, o bien, llame o pídale a alguien que llame al 911, a su servicio local de emergencia, a la policía o al departamento de bomberos para solicitar ayuda. No necesita una referencia de su PCP para recibir Servicios de emergencia, pero sí debe llamar a su PCP cuanto antes para recibir asistencia adicional y consejos sobre la atención de seguimiento. **En caso de emergencia, debe buscar atención médica de inmediato y, luego, debe comunicarse con su PCP lo antes posible para recibir asistencia adicional y consejos sobre la atención de seguimiento.**

- En una situación que necesite atención de urgencia no es necesario tener una referencia para ir a un centro de atención de urgencia participante, pero debe comunicarse con su PCP lo antes posible para que le dé instrucciones antes de que sea atendido.
- Si es mujer y está asegurada, no necesita una Referencia o autorización de su PCP para recibir servicios obstétricos o ginecológicos por parte de un Proveedor participante que se especialice en Obstetricia o Ginecología. Sin embargo, es posible que el proveedor de atención obstétrica/ginecológica deba cumplir con ciertos procedimientos, como obtener autorización previa para algunos servicios, seguir un plan de tratamiento previamente aprobado o respetar procedimientos para referir. Para ver una lista de Proveedores participantes que se especializan en Obstetricia o Ginecología, visite www.mycigna.com o comuníquese con el servicio al cliente al número de teléfono que se encuentra en el lado de atrás de su tarjeta de identificación.
- Si usted es una Persona asegurada menor de 19 años, no necesita una referencia de su PCP para visitar a un Proveedor dentro de la red de Cigna Vision para Servicios pediátricos de la vista.
- No necesita una referencia de su PCP para recibir servicios de cuidado preventivo.
- Tampoco necesita una referencia de su PCP para hacer una consulta virtual con un médico del programa Telehealth Connection.

Referencia permanente a un especialista

Puede solicitar una referencia permanente a un proveedor que no sea su PCP cuando se cumplan todas las siguientes condiciones:

1. Usted está inscrito para recibir cobertura según esta póliza.
2. Usted tiene una enfermedad o afección que puede poner en peligro la vida, es degenerativa, crónica o incapacitante y necesita de atención médica especializada durante un período de tiempo prolongado, o bien, le han diagnosticado cáncer.
3. La referencia permanente es para un oncólogo o médico certificado especialista en analgesia que esté autorizado a brindar servicios según esta póliza y lo haya elegido usted si se le ha diagnosticado cáncer.
4. Su PCP junto con un especialista dentro de la red determinan que su atención necesita de la experiencia de otro proveedor.
5. Su PCP determina que su enfermedad o afección necesitará atención médica permanente durante un período de tiempo prolongado.
6. Su PCP hace una referencia permanente a un especialista dentro de la red, quien será responsable de brindar y coordinar su atención especializada.
7. El especialista dentro de la red tiene la autorización de Cigna para brindar los servicios según la referencia permanente.

Una referencia permanente sigue activa mientras dure el tratamiento. Si recibe una referencia permanente o cualquier otra referencia de su PCP, dicha referencia seguirá activa, incluso si el PCP deja de ser un médico participante. Si el especialista responsable del tratamiento abandona la red de Cigna, la referencia permanente queda sujeta a la cláusula de continuidad de la atención que se mencionó anteriormente. Si usted deja de ser una Persona asegurada, la referencia permanente se considerará vencida.

Excepciones de la red

Los gastos cubiertos para servicios médicamente necesarios que no sean de emergencia de un proveedor no participante se pagarán de acuerdo con los costos compartidos del proveedor participante que aparecen en el programa de beneficios, en los siguientes casos:

- cuando esos servicios no estén disponibles por parte de un Proveedor participante;
- por cualquier otro motivo según el cual consideremos que lo mejor para usted es recibir servicios de un proveedor no participante.

Nota: si usted está recibiendo servicios de un proveedor no participante por cualquiera de los motivos mencionados anteriormente, tenga en cuenta que es su responsabilidad obtener cualquier autorización previa requerida que sea necesaria para los servicios que ofrece el Proveedor.

Nota sobre las cuentas de ahorros para la salud (HSA)

Cigna ofrece ciertos planes que tienen el objetivo de reunir los requisitos como “planes de salud con deducibles altos” (según se los define en el §223[c][2] del título 26 del Código de los EE. UU. [USC, por sus siglas en inglés]). Los planes que reúnen los requisitos para ser considerados planes de salud con Deducibles altos pueden permitirle aprovechar los beneficios del impuesto sobre los ingresos disponibles cuando abre una cuenta de ahorros para la salud (HSA, por sus siglas en inglés) y usa el dinero que deposita en dicha cuenta para pagar los gastos médicos que reúnan los requisitos, según lo permita la legislación federal sobre impuestos, y siempre y cuando usted sea una “persona que reúne los requisitos” (según se define en el §223[c][1] del título 26 del USC).

Cigna no brinda asesoramiento fiscal. Usted es responsable de consultar con un asesor fiscal o abogado sobre si un plan reúne los requisitos para ser considerado un plan de salud con Deducible alto y si usted reúne los requisitos para aprovechar los beneficios fiscales de la HSA.

Información importante sobre los beneficios

Programa de Autorización previa

Cigna le ofrece un programa integral de administración médica para la salud personal que se centra en mejorar los resultados de calidad y maximizar el valor.

AUTORIZACIÓN PREVIA PARA SERVICIOS PARA PACIENTES INTERNADOS

Es necesaria una autorización previa para todas las hospitalizaciones que no sean de emergencia, así como para otros tipos de hospitalizaciones, para reunir los requisitos para los beneficios. Tenga en cuenta que: un Proveedor participante es responsable de obtener la autorización previa.

A la autorización previa la puede obtener usted, un familiar o el proveedor, llamando al número que se encuentra en la parte de atrás de su tarjeta de identificación.

Si desea averiguar cuáles son los requisitos para obtener una autorización previa para servicios para pacientes internados, además de qué otros tipos de hospitalizaciones requieren de una autorización previa, puede hacer lo siguiente:

- Llame a Cigna al número que se encuentra en la parte de atrás de su tarjeta de identificación.
- Vaya a www.mycigna.com y luego a la sección "View Medical Benefit Details" (Ver los detalles de los beneficios médicos).

Tenga en cuenta que las hospitalizaciones de emergencia serán evaluadas luego de la hospitalización.

La autorización previa para servicios para pacientes internados evalúa tanto la necesidad de la hospitalización, como la necesidad de continuar con la estadía en el hospital.

AUTORIZACIÓN PREVIA PARA SERVICIOS AMBULATORIOS

También es necesario obtener una autorización previa para recibir ciertos procedimientos y servicios ambulatorios, para reunir los requisitos para recibir beneficios. Tenga en cuenta que: un Proveedor participante es responsable de obtener la autorización previa.

A la autorización previa la puede obtener usted, un familiar o el proveedor, llamando al número que se encuentra en la parte de atrás de su tarjeta de identificación. La autorización previa para servicios ambulatorios solo debe solicitarse para procedimientos o servicios que no sean de emergencia, y debe hacerlo al menos cuatro días hábiles (de lunes a viernes) antes de que se realice el procedimiento o se brinde el servicio.

Si desea averiguar cuáles son los requisitos para obtener una autorización previa para servicios y procedimientos ambulatorios, además de qué otros tipos de servicios y procedimientos requieren de una autorización previa, puede hacer lo siguiente:

- Llamar a Cigna al número que se encuentra en la parte de atrás de su tarjeta de identificación.
- Visitar www.mycigna.com, en "View Medical Benefit Details" (Ver los detalles de los beneficios médicos).

LA AUTORIZACIÓN PREVIA NO ES UNA GARANTÍA DE PAGO. La autorización previa no es una garantía de pago de los beneficios. La cobertura está siempre sujeta a otros requisitos de esta Póliza, a las limitaciones y exclusiones, al pago de la prima y a la elegibilidad al momento en que se brindan los servicios y la atención.

Evaluación de un servicio ya brindado

Si no se obtuvo una autorización previa, Cigna hará una evaluación de un servicio ya brindado para determinar si una hospitalización programada o de emergencia fue necesaria por razones médicas. Si se determina que los servicios fueron Necesarios por razones médicas, los beneficios serán brindados según se describió en esta Póliza. Si se determina que un servicio no era Necesario por razones médicas, la Persona asegurada es responsable de pagar los cargos por dichos servicios.

AUTORIZACIÓN PREVIA PARA MEDICAMENTOS CON RECETA

Es necesaria una autorización previa para ciertos Medicamentos con receta y Suministros relacionados. **Para obtener información completa y detallada sobre los procedimientos de Autorización previa para Medicamentos con receta, las excepciones y la Terapia escalonada, consulte la sección de esta Póliza llamada “Beneficios de medicamentos con receta”.**

Si desea averiguar cuáles son los requisitos para obtener una Autorización previa para Medicamentos con receta y Suministros, incluidos los que requieren una Autorización previa, puede hacer lo siguiente:

- Llamar a Cigna al número que se encuentra en la parte de atrás de su tarjeta de identificación. Iniciar sesión en <http://www.cigna.com/ifp-drug-list>.

PROGRAMA DE BENEFICIOS

El siguiente es el Programa de beneficios de la Póliza de(l) 5000 Cigna Connect, el cual incluye los beneficios médicos, de Medicamentos con receta y de atención pediátrica de la vista. La Póliza indica, en más detalle, los derechos y las obligaciones, tanto suyas como las de sus Familiares y las del Plan. Por lo tanto, es importante que todas las Personas aseguradas **LEAN DETENIDAMENTE TODA LA PÓLIZA**.

Recuerde, los servicios de proveedores no participantes (fuera de la red) no están cubiertos, salvo en el caso de la atención inicial para tratar y estabilizar una Afección médica de emergencia. Para conocer los detalles adicionales, consulte la sección “Cómo funciona la póliza” de su Póliza.

Tenga en cuenta que, además de las cantidades de Costo compartido que se muestran a continuación, los Proveedores no participantes pueden facturarle el saldo por cualquier cantidad que supere el Cargo máximo reembolsable, según se define en esta Póliza.

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS Nota: Los Servicios cubiertos están sujetos al Deducible, a menos que se anule específicamente.	PROVEEDOR PARTICIPANTE (Según la tarifa negociada) Gastos cubiertos USTED PAGA
<p align="center">Beneficios médicos</p> <p>Deducible</p> <p>Individual</p> <p>Familiar</p> <p>Nota: Cada integrante de una familia es responsable únicamente de la cantidad individual. El Deducible se aplica a menos que se anule específicamente.</p>	<p align="center">USTED PAGA:</p> <p align="center">Deducible</p> <p align="center">\$5,000</p> <p align="center">\$10,000</p>
<p>Coseguro</p>	<p align="center">USTED PAGA:</p> <p align="center">Usted y sus Familiares pagan el 20% de los Cargos después del Deducible.</p>
<p>Desembolso máximo</p> <p>Individual</p> <p>Familiar</p> <p>Nota: Cada integrante de una familia es responsable únicamente de la cantidad individual. Los servicios que superen los máximos de la Póliza no aplican para el Desembolso.</p>	<p align="center">USTED PAGA:</p> <p align="center">\$7,900</p> <p align="center">\$15,800</p>

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS Nota: Los Servicios cubiertos están sujetos al Deducible, a menos que se anule específicamente.	PROVEEDOR PARTICIPANTE (Según la tarifa negociada) Gastos cubiertos USTED PAGA
<p>Programa de Autorización previa</p> <p>Autorización previa: servicios para pacientes internados</p> <p>Autorización previa: servicios ambulatorios</p> <p>NOTA: Consulte la sección sobre autorizaciones previas para servicios para pacientes internados y ambulatorios para obtener más información. Para obtener una lista completa de hospitalizaciones, servicios y procedimientos que necesitan Autorización previa, llame a Cigna al número que se encuentra en el lado de atrás de su tarjeta de identificación o visite www.mycigna.com y vaya a "View Medical Benefit Details" (Ver los detalles de los beneficios médicos).</p>	<p>Su Proveedor participante debe recibir aprobación para las hospitalizaciones. Los servicios sin una referencia obligatoria no están cubiertos.</p> <p>Su Proveedor participante debe recibir aprobación para ciertos servicios y procedimientos ambulatorios. Los servicios sin una referencia obligatoria no están cubiertos.</p>
<p>Todos los servicios de cuidado preventivo</p> <p>Consulte la sección "Beneficios integrales: cobertura de la Póliza" de esta Póliza para conocer los detalles adicionales.</p> <p>Nota: La esterilización voluntaria para los hombres está cubierta en el nivel de beneficio habitual.</p>	<p>USTED PAGA:</p> <p>0%, no se aplica el Deducible</p>
<p>Dejar de fumar</p> <p>Tratamiento médico Máximo de 2 intentos por año para dejar de fumar. (Incluye asesoramiento, consulte la definición de "Dejar de fumar").</p> <p>(Los Medicamentos con receta incluidos en el tratamiento para dejar de fumar están cubiertos por el beneficio de Medicamentos con receta).</p>	<p>USTED PAGA:</p> <p>0%, no se aplica el Deducible</p>
<p>Servicios de programas de intervención temprana</p> <p>* No se aplican límites en dólares.</p> <p>* No se aplican límites de visitas para los servicios de fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del lenguaje.</p>	<p>USTED PAGA:</p> <p>Se aplica un Copago o Coseguro para beneficios específicos brindados.</p>

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS Nota: Los Servicios cubiertos están sujetos al Deducible, a menos que se anule específicamente.	PROVEEDOR PARTICIPANTE (Según la tarifa negociada) Gastos cubiertos USTED PAGA
<p>Beneficios de atención pediátrica de la vista Consulte la sección “Beneficios cubiertos” para conocer los detalles.</p> <p>Atención pediátrica de la vista brindada por un oftalmólogo u optometrista a Personas aseguradas, hasta fin del mes en que la persona cumple 19 años.</p> <p>Tenga en cuenta que la red de beneficios pediátricos de la vista es diferente de la red de sus beneficios médicos.</p> <p>Examen de la vista integral. Tiene un límite de un examen por año.</p> <p>Anteojos para niños</p> <p style="padding-left: 40px;">Marcos pediátricos</p> <p style="padding-left: 40px;">Lentes monofocales</p> <p style="padding-left: 40px;">Lentes bifocales con línea</p> <p style="padding-left: 40px;">Lentes trifocales con línea o lentes progresivos estándares</p> <p style="padding-left: 40px;">Lentes lenticulares</p> <p>Lentes de contacto para niños</p> <p style="padding-left: 40px;">Electivos: un par o una compra única de un suministro de lentes de contacto, en lugar del beneficio de lentes y marcos (no se pueden recibir lentes de contacto y marcos en el mismo año calendario), incluidos los servicios profesionales.</p> <p style="padding-left: 40px;">Terapéuticos: un suministro de un año, sin importar el tipo de lente de contacto, incluidos los servicios profesionales, en lugar de los marcos y los lentes.</p> <p>Servicios de atención de la visión parcial Los servicios y dispositivos profesionales complementarios para la visión parcial están totalmente cubiertos una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: Los exámenes de la vista de rutina hechos por un Proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) o pediatra están cubiertos por el beneficio de Servicios preventivos.</p>	<p style="text-align: center;">USTED PAGA:</p> <p>0% por examen, no se aplica el Deducible</p> <p>0% por par, no se aplica el Deducible</p> <p>0% por par, no se aplica el Deducible</p> <p>0% por par, no se aplica el Deducible</p> <p>0% por par, no se aplica el Deducible</p> <p>0% por par, no se aplica el Deducible</p> <p>0% por par, no se aplica el Deducible</p> <p>0% por par, no se aplica el Deducible</p> <p>0% por suministro, no se aplica el Deducible</p> <p>0% por par, no se aplica el Deducible</p>
<p>Servicios del médico</p> <p>Visita al consultorio/visita en el hogar Proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) Nota: PCP obligatorio</p> <p>Clínicas de asistencia sanitaria básica</p> <p>(Nota: Si usted tiene que pagar un Copago para las visitas al consultorio, su Copago para las visitas a un obstetra/ginecólogo dependerá de si su Médico figura como un PCP o como un especialista en el Directorio de proveedores).</p>	<p style="text-align: center;">USTED PAGA:</p> <p>Copago de \$15 por cada visita al consultorio; no se aplica el Deducible</p> <p>Se aplica un Copago o Coseguro para beneficios específicos brindados.</p>

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS Nota: Los Servicios cubiertos están sujetos al Deducible, a menos que se anule específicamente.	PROVEEDOR PARTICIPANTE (Según la tarifa negociada) Gastos cubiertos USTED PAGA
Servicios de Cigna Telehealth Connection <ul style="list-style-type: none"> • Visita virtual con un médico de Cigna Telehealth Connection • Está limitada a afecciones médicas agudas leves. <p>Nota: Si un Médico de Cigna Telehealth Connection emite una Receta, dicha receta estará sujeta a todos los beneficios, las limitaciones y las exclusiones de Medicamentos con receta.</p>	USTED PAGA: Copago de \$10 por cada visita virtual; no se aplica el Deducible
Servicios de telemedicina	USTED PAGA: Se aplica el mismo nivel de beneficios que se aplicaría si el servicio se prestara personalmente.
Especialista (Incluidos los servicios de un asesor, una referencia o un médico que ofrece una segunda opinión) Nota: Se necesita referencia del PCP o Autorización del plan.	USTED PAGA: 20%

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS Nota: Los Servicios cubiertos están sujetos al Deducible, a menos que se anule específicamente.	PROVEEDOR PARTICIPANTE (Según la tarifa negociada) Gastos cubiertos USTED PAGA
Servicios del médico, continuación Cirugía hecha en el consultorio del médico (Los servicios incluyen suministros necesarios por razones médicas, como agujas hipodérmicas, jeringas, apósitos quirúrgicos y férulas). Cargos profesionales por servicios quirúrgicos ambulatorios (incluyen cirugía, anestesia, procedimientos de diagnóstico, diálisis y terapia de radiación. Los servicios incluyen suministros necesarios por razones médicas, como agujas hipodérmicas, jeringas, apósitos quirúrgicos y férulas). Cirugía para pacientes internados, anestesia, terapia de radiación, quimioterapia (Los servicios incluyen suministros necesarios por razones médicas, como agujas hipodérmicas, jeringas, apósitos quirúrgicos y férulas). Visitas en el hospital (Los servicios incluyen suministros necesarios por razones médicas, como agujas hipodérmicas, jeringas, apósitos quirúrgicos y férulas). Pruebas y tratamientos/inyecciones para alergias (Los servicios incluyen suministros necesarios por razones médicas, como agujas hipodérmicas, jeringas, apósitos quirúrgicos y férulas).	USTED PAGA: 20% 20% 20% 20% 20%
Asesoramiento nutricional	USTED PAGA: 20%
Servicios hospitalarios Servicios hospitalarios para pacientes internados Cargos del centro Cargos profesionales Hospitalizaciones de emergencia	USTED PAGA: 20% 20% Los beneficios que se encuentran en el programa de Servicios de emergencia en la página 23.
Servicios en centros para pacientes ambulatorios Incluyen centro quirúrgico y hospitalario ambulatorio independiente y de diagnóstico. (Los servicios incluyen suministros necesarios por razones médicas, como agujas hipodérmicas, apósitos quirúrgicos y férulas).	USTED PAGA: 20%
Imágenes radiológicas avanzadas (Incluyen la resonancia magnética (RM), la angiografía por resonancia magnética (MRA), la tomografía computarizada (TC), la tomografía por emisión de positrones (TEP)). Cargos del centro y cargos por servicios de interpretación	USTED PAGA: 20%

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS Nota: Los Servicios cubiertos están sujetos al Deducible, a menos que se anule específicamente.	PROVEEDOR PARTICIPANTE (Según la tarifa negociada) Gastos cubiertos USTED PAGA
Todos los demás servicios de laboratorio y radiología Cargos del centro y cargos por servicios de interpretación Consultorio del Médico Laboratorio o centro radiológico independiente Servicios de laboratorio o radiológicos de un hospital para pacientes ambulatorios	USTED PAGA: 20% 20% 20%
Servicios de rehabilitación (Los servicios incluyen suministros necesarios por razones médicas, como agujas hipodérmicas, jeringas, apósitos quirúrgicos y férulas). Fisioterapia y terapia ocupacional. Máximo de 30 visitas por Persona asegurada, por año calendario combinado. Terapia del lenguaje y logopedia (SLP, por sus siglas en inglés). Máximo de 30 visitas por Persona asegurada, por año calendario combinado. Atención quiropráctica, terapia osteopática y tratamiento de manipulación vertebral. Máximo de 30 visitas por Persona asegurada, por año calendario combinado. * Nota: Los límites para los servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del lenguaje no se aplican cuando estos servicios se brindan como parte del beneficio de atención de enfermos terminales. * Nota: Los servicios de fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del lenguaje o rehabilitación cardíaca brindados en el hogar se tendrán en cuenta para el límite de visitas de cuidado de la salud en el hogar, en lugar de los servicios de rehabilitación o terapia habilitativa.	USTED PAGA: 20% 20% 20%
Servicios de habilitación (Los servicios incluyen suministros necesarios por razones médicas, como agujas hipodérmicas, jeringas, apósitos quirúrgicos y férulas). Fisioterapia y terapia ocupacional. Máximo de 30 visitas por Persona asegurada, por año calendario combinado. Terapia del lenguaje y logopedia (SLP, por sus siglas en inglés). Máximo de 30 visitas por Persona asegurada, por año calendario combinado. Atención quiropráctica, terapia osteopática y tratamiento de manipulación vertebral. Máximo de 30 visitas por Persona asegurada, por año calendario combinado. * Nota: Los límites para los servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del lenguaje no se aplican cuando estos servicios se brindan como parte del beneficio de atención de enfermos terminales. * Nota: Los servicios de fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del lenguaje o rehabilitación cardíaca brindados en el hogar se tendrán en cuenta para el límite de visitas de cuidado de la salud en el hogar, en lugar de los servicios de rehabilitación o terapia habilitativa.	USTED PAGA: 20% 20% 20%

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS Nota: Los Servicios cubiertos están suietos al Deducible, a menos que se anule específicamente.	PROVEEDOR PARTICIPANTE (Según la tarifa negociada) Gastos cubiertos USTED PAGA
* Nota: El máximo no se aplica a los servicios para el tratamiento de trastornos de salud mental.	
Rehabilitación cardíaca Los servicios de fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del lenguaje o rehabilitación cardíaca brindados en el hogar se tendrán en cuenta para el límite de visitas de cuidado de la salud en el hogar, en lugar de los servicios de rehabilitación o terapia habilitativa.	USTED PAGA: 20%
Rehabilitación pulmonar Ilimitado	USTED PAGA: 20%
Tratamiento del trastorno de la articulación temporomandibular (TMJ/TMD, por sus siglas en inglés)	USTED PAGA: 20%
Servicios anticonceptivos para la mujer, planificación familiar, esterilización voluntaria y reversión de la esterilización no voluntaria consecuencia de una Enfermedad o Lesión	USTED PAGA: \$0, no se aplica el Deducible
Esterilización masculina y reversión de la esterilización no voluntaria consecuencia de una Enfermedad o Lesión	USTED PAGA: Se aplica un Copago o Coseguro para beneficios específicos brindados
Maternidad (embarazo y parto)/complicaciones del embarazo/interrupción del embarazo. (Cuando la vida de la madre corre peligro debido a un trastorno, una Enfermedad o una Lesión de naturaleza física, incluida una afección física que ponga en peligro la vida y esté provocada por el embarazo, o surja a raíz de este, o bien, cuando el embarazo sea el resultado de un supuesto acto de violación o incesto). Visita inicial al consultorio para confirmar el embarazo y visitas prenatales posteriores facturadas por separado del cargo "general" Servicios prenatales, posnatales y de parto (facturados como cargo "general") Pruebas y tratamientos prenatales facturados por separado del cargo "general" Visita o tratamiento posnatal facturados por separado del cargo "general" Cargos del hospital por servicios de parto (Se incluye la anestesia relacionada con el parto).	USTED PAGA: Se aplican beneficios para las visitas al consultorio de un PCP o médico especialista. 20% 20% Se aplican beneficios para las visitas al consultorio de un PCP o médico especialista. 20%

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS Nota: Los Servicios cubiertos están sujetos al Deducible, a menos que se anule específicamente.	PROVEEDOR PARTICIPANTE (Según la tarifa negociada) Gastos cubiertos USTED PAGA
Servicios para pacientes internados en Otros centros de cuidado de la salud (Los servicios incluyen suministros necesarios por razones médicas, como agujas hipodérmicas, jeringas, apósitos quirúrgicos y férulas). Incluye centros de enfermería especializada, hospitales de rehabilitación y centros para afecciones subagudas. Máximo de 100 días por estancia	USTED PAGA: 20%
Servicios de cuidado de la salud en el hogar (Los servicios incluyen suministros necesarios por razones médicas, como agujas hipodérmicas, jeringas, apósitos quirúrgicos y férulas). Máximo de 100 visitas por Persona asegurada, por año calendario Máximo de 16 horas por día Máximo de 8 visitas por día Nota: Los servicios de enfermería privados tienen un límite de 16 horas por año.	USTED PAGA: 20%
Equipo médico duradero	USTED PAGA: 20%
Prótesis y dispositivos ortopédicos	USTED PAGA: 20%
Servicios para enfermos terminales (Los servicios incluyen suministros necesarios por razones médicas, como agujas hipodérmicas, jeringas, apósitos quirúrgicos y férulas). En el hogar Para pacientes internados Para pacientes ambulatorios	USTED PAGA: 20% 20% 20%
Diálisis (Incluye suministros necesarios por razones médicas, como agujas y jeringas hipodérmicas). En el hogar Para pacientes internados Pacientes ambulatorios	USTED PAGA: 20% 20% 20%
Trastornos mentales, emocionales o nerviosos funcionales Para pacientes internados. (Incluye tratamiento agudo y residencial). Para pacientes ambulatorios (Incluye terapia ambulatoria intensiva individual y grupal, y hospitalización parcial). Visitas al consultorio Todos los demás servicios ambulatorios	USTED PAGA: 20% 20% 20%

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS Nota: Los Servicios cubiertos están sujetos al Deducible, a menos que se anule específicamente.	PROVEEDOR PARTICIPANTE (Según la tarifa negociada) Gastos cubiertos USTED PAGA
Trastorno de consumo de sustancias Desintoxicación/rehabilitación para pacientes internados. (Incluye tratamiento agudo y residencial). Para pacientes ambulatorios. (Incluye terapia ambulatoria intensiva individual y grupal, y hospitalización parcial). Visitas al consultorio Todos los demás servicios ambulatorios	USTED PAGA: 20% 20% 20%
Trasplante de órganos y tejidos (Nota: Los dispositivos de asistencia ventricular y la terapia celular avanzada están cubiertos solamente en un centro de LifeSOURCE . Consulte la sección “Beneficios integrales: cobertura de la Póliza” para conocer los detalles del beneficio sobre los límites para procedimientos cubiertos y otros beneficios que pueden aplicar). Centro de Cigna LifeSOURCE Centro de Transplant Network® Beneficio de viaje. (Está únicamente disponible a través de un centro de Cigna LifeSOURCE Transplant Network®) Centros no participantes de LifeSOURCE específicamente contratados para prestar servicios de trasplante Centros participantes que NO son específicamente contratados para brindar servicios de trasplante	USTED PAGA: 0% 0% 20% Sin cobertura
Servicios de terapia celular avanzada Centro de Cigna LifeSOURCE Transplant Network® Centro que no pertenece a LifeSOURCE (participante o no participante)	USTED PAGA: 0% Sin cobertura
Servicios de dispositivo de asistencia ventricular Centro de Cigna LifeSOURCE Transplant Network® Centro que no sea de LifeSOURCE (participante o no participante)	USTED PAGA: 0% No está cubierto
Medicamentos de especialidad inyectables y para infusión con receta Además de servicios o suministros relacionados administrados por un profesional médico en un consultorio o centro ambulatorio.	USTED PAGA: 20%

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS**Nota:**

Los Servicios cubiertos están sujetos al Deducible, a menos que se anule específicamente.

PROVEEDOR PARTICIPANTE**(Según la tarifa negociada)****Gastos cubiertos****USTED PAGA**

Atención dental (que no sea pediátrica) Se limita al tratamiento por lesiones accidentales en los dientes naturales, dentro de los 12 meses después de la lesión accidental.	USTED PAGA: 20%
--	-------------------------------

Servicios de emergencia Esta Póliza cubre los Servicios de emergencia por parte de Proveedores dentro y fuera de la red, tal como se muestra abajo:	Lo que pagará en caso de usar los servicios de proveedores participantes, según la Tarifa negociada de Cigna para Servicios cubiertos	Lo que pagará en caso de usar los servicios de proveedores no participantes, según el Cargo máximo reembolsable para Servicios cubiertos
		Tenga en cuenta que: además de las cantidades de costo compartido que se muestran a continuación, usted es responsable de todos los cargos que no sean Cargos Cubiertos. Esto incluye todos los cargos por Servicios cubiertos que superen el Cargo máximo reembolsable y los cargos por servicios que no sean Servicios Cubiertos.
Servicios de emergencia Sala de emergencias del hospital Afección médica de emergencia Afección médica que no sea de emergencia Centro de atención de urgencia Afección médica de emergencia Afección médica que no sea de emergencia Servicios de ambulancia Cobertura del traslado Necesario por razones médicas hasta el centro más cercano capaz de tratar la Afección médica de emergencia. Transporte de emergencia	Usted paga 50% Sin cobertura (usted paga el 100% de los cargos) Copago de \$30, no se aplica el Deducible Copago de \$30, no se aplica el Deducible 20% por transporte terrestre, aéreo y acuático	Usted paga: 50%; más la diferencia entre el Cargo máximo reembolsable de Cigna y lo que cobró el Proveedor Sin cobertura (usted paga el 100% de los cargos) Copago de \$30, no se aplica el Deducible; más la diferencia entre el Cargo máximo reembolsable de Cigna y lo que cobró el Proveedor Sin cobertura (usted paga el 100% de los cargos) 20% por transporte terrestre, aéreo y acuático; más la diferencia entre el Cargo máximo reembolsable de Cigna y lo que cobró el Proveedor

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS	FARMACIA MINORISTA USTED PAGA	FARMACIA CON ENTREGA A DOMICILIO DE CIGNA USTED PAGA
USTED ES RESPONSABLE DE PAGAR LAS CANTIDADES QUE SE MUESTRAN, DESPUÉS DE HABER ALCANZADO CUALQUIER DEDUCIBLE CORRESPONDIENTE.		
Beneficios de Medicamentos con receta		
En el caso de que solicite un Medicamento de marca que tenga un equivalente genérico, deberá pagar la diferencia de costo entre el Medicamento de marca y el Medicamento genérico, más el Copago o Coseguro del medicamento genérico que se indica en este Programa de beneficios.		
El Deducible se aplica a los Medicamentos con receta		
	Programa de medicamentos de Farmacias minoristas de Cigna USTED PAGA POR RECETA O REPOSICIÓN:	Programa de medicamentos de farmacias de entrega a domicilio de Cigna USTED PAGA POR RECETA O REPOSICIÓN:
Nivel 1: este nivel generalmente incluye Medicamentos genéricos preferidos. Estos medicamentos tienen la misma concentración y los mismos ingredientes activos que los Medicamentos de marca, pero suelen costar mucho menos. Los Medicamentos genéricos preferidos están cubiertos al Costo compartido más bajo del plan.	<p>Copago de \$4 por receta o reposición; no se aplica el Deducible</p> <p>Suministro de 30 días en cualquier Farmacia participante o Suministro de hasta 90 días en una Farmacia minorista que brinda suministros para 90 días</p> <p>Usted paga un Copago por cada suministro de 30 días</p>	<p>Copago de \$12 por receta o reposición; no se aplica el Deducible</p> <p>Un suministro de hasta 90 días como máximo</p>
Nivel 2: este nivel generalmente incluye la mayoría de los Medicamentos genéricos y algunos Medicamentos de marca de bajo costo. Los Medicamentos genéricos tienen la misma concentración y los mismos ingredientes activos que los Medicamentos de marca, pero suelen costar mucho menos.	<p>Copago de \$20 por receta o reposición; no se aplica el Deducible</p> <p>Suministro de 30 días en cualquier Farmacia participante o Suministro de hasta 90 días en una Farmacia minorista que brinda suministros para 90 días</p> <p>Usted paga un Copago por cada suministro de 30 días</p>	<p>Copago de \$60 por receta o reposición; no se aplica el Deducible</p> <p>Un suministro de hasta 90 días como máximo</p>
Nivel 3: este nivel generalmente incluye Medicamentos de marca preferidos y algunos Medicamentos genéricos de alto costo.	<p>Copago de \$55 por receta o reposición; no se aplica el Deducible</p> <p>Suministro de 30 días en cualquier Farmacia participante o Suministro de hasta 90 días en una Farmacia minorista que brinda suministros para 90 días</p> <p>Usted paga un Copago por cada suministro de 30 días.</p>	<p>Copago de \$165 por receta o reposición; no se aplica el Deducible</p> <p>Un suministro de hasta 90 días como máximo</p>

INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS	FARMACIA MINORISTA USTED PAGA	FARMACIA CON ENTREGA A DOMICILIO DE CIGNA USTED PAGA
USTED ES RESPONSABLE DE PAGAR LAS CANTIDADES QUE SE MUESTRAN, DESPUÉS DE HABER ALCANZADO CUALQUIER DEDUCIBLE CORRESPONDIENTE.		
<p>Nivel 4: este nivel generalmente incluye Medicamentos de marca no preferidos y algunos Medicamentos genéricos de alto costo.</p>	<p>50% por Receta o reposición</p> <p>Suministro de 30 días en cualquier Farmacia participante o Suministro de hasta 90 días en una Farmacia minorista que brinda suministros para 90 días</p>	<p>50% por receta o reposición</p> <p>Un suministro de hasta 90 días como máximo</p>
<p>Nivel 5: este nivel generalmente incluye Medicamentos de especialidad, y Medicamentos genéricos y de marca de alto costo.</p>	<p>40% por receta o reposición</p> <p>Suministro de 30 días en cualquier Farmacia participante o Suministro de hasta 30 días en una Farmacia minorista que brinda suministros para 90 días</p>	<p>40% por receta o reposición</p> <p>Un suministro de hasta 30 días como máximo</p>
<p>Medicamentos preventivos sin importar el nivel</p> <p>Medicamentos designados como preventivos por la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible de 2010, incluidos, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anticonceptivos femeninos recetados por un médico y medicamentos genéricos o de marca sin alternativa genérica disponible. • Se debe cubrir una receta para un suministro de 12 meses de anticonceptivos hormonales, cuando se despache o consiga por primera vez. • Los productos para dejar de fumar están limitados a un máximo de dos regímenes de 90 días. 	<p>0%, no se aplica el Deducible por Receta ni por reposición</p> <p>Suministro de 30 días en cualquier Farmacia participante o Suministro de hasta 90 días en una Farmacia minorista que brinda suministros para 90 días</p>	<p>0%, no se aplica el Deducible por receta ni por reposición</p> <p>Un suministro de hasta 90 días como máximo</p>

Definiciones

Las siguientes definiciones contienen los significados de términos claves que se usan en esta Póliza.

Afección médica de emergencia. Hace referencia a una afección médica que se manifiesta mediante síntomas agudos y con una gravedad suficiente (incluido el dolor intenso) como para que una persona prudente que no tiene conocimientos especializados, pero que tiene conocimientos promedios sobre salud y medicina, prevea razonablemente que la falta de atención médica inmediata podría implicar lo siguiente:

- 1) significar un grave peligro para la salud mental o física de una persona;
- 2) poner en un grave riesgo la salud de una persona (o, si se trata de una mujer embarazada, la salud de la mujer o la del feto);
- 3) provocar un deterioro grave de las funciones orgánicas;
- 4) provocar una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

Agencias de cuidado de la salud en el hogar y asociaciones de personal de enfermería a domicilio.

Hacen referencia a Proveedores de cuidado de la salud en el hogar autorizados según las leyes estatales y locales para prestar servicios de enfermería especializada y otros servicios a domicilio. Tanto Medicare como la Comisión Conjunta para la Acreditación de las Organizaciones de Salud deben autorizarlos como Proveedores de cuidado de la salud a domicilio.

Anual, año calendario, año. Hacen referencia a un período de 12 meses, el cual comienza el 1 de enero a las 12:01 a.m., hora del este.

Aparatos y dispositivos ortopédicos. Hacen referencia a artefactos o aparatos ortopédicos, como ciertos tipos de soportes, botas y férulas. Son dispositivos de apoyo que se hacen a medida, pueden ser estáticos o semiestáticos y se usan para sostener, alinear, prevenir o corregir deformidades, o para mejorar la función de las partes móviles del cuerpo, o bien, para limitar o evitar el movimiento de una parte del cuerpo débil o enferma.

Área de servicio. Hace referencia a cualquier lugar que pertenezca a los condados, las ciudades o las áreas con códigos postales del estado de Virginia que Cigna haya designado como las áreas en donde este plan está disponible para inscribirse, y en las cuales Cigna cuente con una red de Proveedores participantes para este plan. El Área de servicio incluye los siguientes condados: [Amelia, Charles City, Chesterfield, Dinwiddie, Hanover, Henrico, Prince George, Sussex, Colonial Heights City, Hopewell City, Petersburg City, Richmond City], [Alexandria City, Arlington, Clarke, Fairfax City, Fairfax, Falls Church City, Loudoun, Manassas City, Manassas Park City, Prince William, Stafford y Warren]. Para buscar un Proveedor que participe en la red de este plan, llame al número gratuito que se encuentra en el lado de atrás de su tarjeta de identificación, visite el sitio www.cigna.com/ifp-providers, o bien, inicie sesión en www.mycigna.com y haga clic en "Find a Doctor, Dentist or Facility" (Buscar un médico, un dentista o un centro).

Atención de custodia. Incluye todos los servicios de refugio, protección o amparo. Dichos servicios pueden incluir una estadía en una unidad institucional, atención en el hogar o servicios de enfermería para atender a una persona según su edad o su condición física o mental. Este servicio tiende, sobre todo, a ayudar a la persona a hacer las actividades de la vida cotidiana. La atención de custodia también puede incluir servicios médicos, brindados principalmente para mantener el estado de salud actual de la persona. Estos servicios no pueden tener como propósito mejorar en gran medida una afección médica; su objetivo es brindar atención en casos en que el paciente no puede cuidar de sí mismo. Los Servicios de custodia incluyen, a modo de ejemplo:

- servicios relacionados con la vigilancia o la protección de una persona;
- servicios destinados a hacer las actividades de la vida cotidiana o a ayudar a una persona a hacer cualquier actividad de la vida cotidiana, como (a) caminar, (b) arreglarse, (c) bañarse, (d) vestirse,

(e) acostarse o levantarse de la cama, (f) comer, (g) preparar alimentos o (h) tomar medicamentos que pueden ser autoadministrados;

- servicios que no requieren ser administrados por personal médico capacitado o especializado, o personal paramédico.

Atención de urgencia. Hace referencia a los Servicios cubiertos que (i) se brindan en un centro ambulatorio u otro tipo de centro para afecciones subagudas, el cual tiene acreditación como un centro de atención de urgencia por parte de la Urgent Care Association of America o del programa National Urgent Care Center Accreditation (Acreditación Nacional de Centros de Atención de Urgencia), y (ii) se brindan para tratar un Problema de salud urgente.

Autorización previa. Hace referencia a la aprobación de ciertos servicios médicos o Medicamentos con receta y Suministros relacionados que un Proveedor participante debe solicitar y recibir de Cigna, en el caso de servicios médicos, y del Comité de Farmacia y Terapéutica, en el caso de Medicamentos con receta y Suministros relacionados, antes de que se presten dichos servicios o que se receten dichos medicamentos. Esta aprobación es necesaria para que dichos servicios médicos o Medicamentos con receta y Suministros relacionados reúnan los requisitos para los beneficios según esta Póliza. Puede identificar los Medicamentos con receta y Suministros relacionados que necesitan Autorización previa en la Lista de medicamentos con receta publicada en www.mycigna.com.

Beneficios de salud esenciales. En la medida en que estén cubiertos por esta Póliza, hacen referencia a los gastos asumidos en relación con Servicios cubiertos en, al menos, las siguientes categorías: servicios para pacientes ambulatorios, Servicios de emergencia, hospitalización, cuidado por maternidad y del recién nacido, servicios para trastornos de la salud mental y para trastornos asociados al consumo de sustancias, incluido el tratamiento de la salud del comportamiento, Medicamentos con receta, Servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación, servicios de laboratorio, servicios preventivos y de bienestar, y servicios pediátricos y de control de enfermedades crónicas, incluida la atención bucal y de la vista.

Capacitación sobre el autocontrol de la diabetes. Hace referencia a la enseñanza en un entorno ambulatorio que le permite al paciente diabético entender el proceso de control de la diabetes y el control diario del tratamiento para la diabetes, para evitar las complicaciones y hospitalizaciones frecuentes.

Cargo máximo reembolsable. Hace referencia a la cantidad que Cigna considerará Gasto cubierto para un Proveedor no participante. Cigna calcula el Cargo máximo reembolsable del siguiente modo:

- **Para los Gastos cubiertos por Servicios de emergencia prestados por un Proveedor no participante en el Departamento de emergencia de un Hospital o Servicios de emergencia prestados en el Departamento de emergencia de un Hospital o centro no participante,** la cantidad acordada por el Proveedor u Hospital no participante y Cigna o, si no se ha acordado ninguna cantidad, **la cantidad más alta de las siguientes:**
 - La cantidad mediana negociada entre los Proveedores participantes/dentro de la red de Cigna para los mismos servicios.
 - La cantidad máxima que Cigna pagaría por un Proveedor fuera de la red para una atención que no sea de emergencia, como se describe a continuación en “Para los gastos cubiertos por Servicios que no sean de emergencia”.
 - La cantidad a pagar según el programa de Medicare, en ningún caso menor que la cantidad que se pagaría con Medicare; sin superar los cargos facturados por el Proveedor no participante.
- **Para los Gastos cubiertos por Servicios que no sean de emergencia, la cantidad más baja de las siguientes:**

- El cargo normal del Proveedor por un servicio o suministro similar.
- Un porcentaje de una tabla de tarifas elaborada por Cigna y que se basa en una metodología similar a la que usa Medicare para determinar la tarifa permitida para el mismo servicio o uno similar, dentro del mercado geográfico, pero, en ningún caso, inferior a la cantidad que se pagaría con Medicare.

Centro de enfermería especializada. Es una institución que brinda servicios continuos de enfermería especializada. Debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Debe ser una institución autorizada y que funcione según la ley.
- Además de servicios de habitación y comida, debe brindar principalmente atención de enfermería especializada bajo la supervisión de un Médico debidamente autorizado.
- Debe brindar servicios de enfermería las 24 horas del día, a cargo de una enfermera registrada (RN, por sus siglas en inglés) titulada o bajo su supervisión.
- Debe mantener a diario un registro médico de cada paciente.

Esta definición no incluye ningún centro, establecimiento o parte de estos que se use principalmente para el descanso; ni centros o establecimientos destinados sobre todo a la atención de ancianos o al cuidado de personas con problemas con las drogas o el alcohol; ni centros o establecimientos destinados principalmente a brindar atención y tratamiento para enfermedades o trastornos mentales, atención educativa o de custodia.

Centro de trasplantes de Cigna LifeSOURCE. Es un centro que tiene un programa de trasplantes incluido en Cigna LifeSOURCE Transplant Network®.

Centro quirúrgico ambulatorio independiente.

Este término hace referencia a una institución que cumple con los siguientes requisitos:

- su personal está compuesto por Médicos, Enfermeros y anestesiólogos autorizados;
- tiene, al menos, dos quirófanos y una sala de recuperación;
- tiene centros de radiografías y laboratorio de diagnóstico;
- tiene equipos para la atención de emergencia;
- tiene un banco de sangre;
- tiene un registro de los registros médicos;
- tiene acuerdos con Hospitales para la hospitalización inmediata de pacientes que requieren internación hospitalaria;
- tiene licencia de acuerdo con las leyes de la agencia legalmente autorizada que corresponda.

Cigna. “Nosotros” y “nuestro” hacen referencia a Cigna (Cigna Health and Life Insurance Company) o a una afiliada. Cigna es una compañía de seguros regulada y autorizada que funciona en todos los Estados Unidos.

Cigna Telehealth Connection. Hace referencia a un Servicio cubierto brindado a través de medios virtuales.

Cirugía estética. Se hace para cambiar el aspecto de atributos o rasgos normales del cuerpo del paciente. Un rasgo o atributo físico es normal cuando una persona promedio consideraría que dicho rasgo o atributo está dentro del margen de variaciones comunes del aspecto humano. **Nota sobre la Cirugía estética: la Cirugía estética no se considera cirugía reparadora debido a motivos psicológicos o psiquiátricos.**
Cirugía reparadora. Hace referencia a la cirugía que corrige el aspecto de rasgos o atributos anormales del cuerpo provocados por anomalías congénitas, lesiones, tumores o infecciones. Un rasgo o atributo del cuerpo es anormal cuando una persona promedio consideraría que no está dentro del margen de

variaciones comunes del aspecto humano. La Cirugía reparadora incluye la cirugía para mejorar la función o intentar crear un aspecto normal de una estructura craneofacial provocada por anomalías o defectos congénitos, traumatismos, tumores, infecciones o enfermedades. La Cirugía reparadora también incluye la “reconstrucción mamaria”. A efectos de esta Póliza, la reconstrucción mamaria significa la reconstrucción de una mama debido a una mastectomía total o parcial, para restablecer o lograr la simetría mamaria. El término incluye la reconstrucción quirúrgica de una mama en la cual se ha hecho una mastectomía, como la reconstrucción de una mama en la cual no se ha hecho una mastectomía.

Comité de Farmacia y Terapéutica (P&T, por sus siglas en inglés). Es un comité compuesto por profesionales clínicos, directores médicos y directores de farmacia de Cigna y otros que no son empleados de Cigna, como Proveedores participantes que representan una gama de especialidades clínicas con y sin derecho a voto. De acuerdo con los requisitos reglamentarios vigentes, el Comité de P&T revisa regularmente los Medicamentos con receta y Suministros relacionados, incluidos los nuevos medicamentos con receta y suministros relacionados, para evaluar su seguridad y eficacia; los hallazgos de estas revisiones clínicas le permiten al Equipo de decisiones comerciales dar recomendaciones sobre el estado de cobertura. La revisión del Comité de P&T puede hacerse teniendo en cuenta la etiqueta aprobada por la Administración de Medicamentos y Alimentos de los EE. UU., los compendios de referencia médica estándares o los estudios científicos publicados en revistas biomédicas en inglés revisadas por colegas.

Copago. Hace referencia a una cantidad fija de dinero en concepto de Gastos cubiertos que la Persona asegurada debe pagar. El Copago no incluye cargos por servicios que no son Servicios cubiertos ni cargos que superan los Gastos cubiertos. Los Copagos se calculan aparte del Coseguro.

Coseguro. Hace referencia al porcentaje de Gastos cubiertos que la Persona asegurada debe pagar después de alcanzar los Deducibles correspondientes. **El Coseguro no incluye Copagos. El Coseguro tampoco incluye cargos por servicios que no son Servicios cubiertos, cargos que superan los Gastos cubiertos ni cargos que no son Gastos cubiertos según esta Póliza.**

Costo compartido. Es la cantidad del Deducible, el Copago y el Coseguro que usted es responsable de pagar según la Póliza.

Deducible. Hace referencia a la cantidad de Gastos cubiertos que cada Persona asegurada debe pagar cada Año en concepto de Servicios cubiertos, antes de que los beneficios estén disponibles según esta Póliza.

Deducible familiar. Se aplica si tiene un plan familiar y usted o uno o más Familiares están asegurados por esta Póliza. Es una acumulación del Deducible individual que cada Familiar pagó durante un Año en concepto de Gastos cubiertos por Servicios médicos y de medicamentos con receta cubiertos. Cada Persona asegurada puede contribuir al Deducible familiar con la cantidad del Deducible individual, como máximo. El Deducible individual que cada familiar paga se tiene en cuenta para cubrir el Deducible familiar. Una vez que se alcance el Deducible familiar en un Año, se anularán los Deducibles individuales restantes en lo que queda del Año. La cantidad del Deducible familiar se describe en la sección del Programa de beneficios de esta Póliza.

Deducible individual. Hace referencia a la cantidad de Gastos cubiertos asumidos en concepto de Servicios médicos y de medicamentos con receta cubiertos que usted debe pagar cada Año, antes de que estén disponibles los beneficios. La cantidad del Deducible individual se describe en la sección del Programa de beneficios de esta Póliza.

Desembolso máximo. Hace referencia a la cantidad máxima de Deducibles, Copagos y Coseguros que cada Persona o Familia asume en un Año, en concepto de Gastos cubiertos de Proveedores participantes.

Desembolso máximo familiar. Se aplica si tiene un plan familiar y usted o uno o más Familiares están asegurados por esta Póliza. Incluye el Deducible, el Coseguro y los Copagos que cada familiar ha acumulado durante un Año. Cada Persona asegurada puede contribuir al Desembolso máximo familiar con la cantidad del Desembolso individual. Una vez que se haya alcanzado el Desembolso máximo familiar en un Año, usted y sus Familiares ya no tendrán que pagar el Coseguro ni los Copagos por Gastos cubiertos asumidos durante el resto de ese Año, en concepto de Servicios cubiertos de Medicamentos con receta brindados por Proveedores participantes. La cantidad del Desembolso máximo familiar se describe en la sección del Programa de beneficios de esta Póliza.

Desembolso máximo individual. El Desembolso máximo individual es la acumulación de Gastos cubiertos. Incluye Deducibles, Copagos y Coseguros por servicios médicos y de medicamentos con receta cubiertos. Una vez que se haya alcanzado el Desembolso máximo individual en un Año por Servicios cubiertos, ya no tendrá que pagar el Coseguro ni el Copago de servicios médicos o de medicamentos con receta cubiertos en concepto de Gastos cubiertos asumidos durante el resto de ese Año. La cantidad del Desembolso máximo individual se describe en la sección del Programa de beneficios de esta Póliza.

Enfermedad. Hace referencia a una afección que padece la Persona asegurada.

Enfermedad terminal. Significa que el pronóstico médico de una Persona asegurada es una expectativa de vida de 6 meses o menos.

Equipo de decisiones comerciales. Es un comité compuesto por representantes con y sin derecho a voto en varias unidades de negocios de Cigna, como liderazgo clínico, médico y comercial, debidamente autorizado por Cigna para dar recomendaciones sobre el tratamiento de cobertura de Medicamentos con receta o Suministros relacionados con base en hallazgos de estudios clínicos brindados por el Comité de P&T, que incluyen, a modo de ejemplo, decisiones sobre la ubicación en niveles y a la aplicación de la supervisión de la utilización a los Medicamentos con receta o Suministros relacionados.

Equipo médico duradero. Hace referencia a objetos que cumplen con lo siguiente:

- están diseñados para resistir el uso reiterado por más una persona;
- normalmente tienen un fin terapéutico en relación con una Enfermedad o Lesión en particular, según lo certifique el Proveedor a cargo del cuidado;
- por lo general, no son útiles si no existe una enfermedad o lesión;
- se pueden usar en el hogar;
- son realmente duraderos;
- y no son desechables.

Dicho equipo incluye, entre otros, nebulizadores, muletas, andadores, equipos de tracción, camas de hospital, sillas de ruedas, respiradores y equipos de diálisis.

Estabilizar, estabilizado y estabilización. Con respecto a una Afección médica de emergencia, hacen referencia a brindar un tratamiento que garantice que no se producirá ningún tipo de empeoramiento importante de la afección debido al traslado del paciente de un centro, o durante dicho traslado; o bien, con respecto a una mujer embarazada, que la mujer ha parido, incluida la placenta.

Esterilidad. Hace referencia al cuadro clínico de una persona que, al parecer es saludable, pero que no puede concebir ni fecundar durante un Año de relaciones sexuales sin protección, o bien, no puede tener un embarazo satisfactorio.

Familiar. Hace referencia a su cónyuge, su Pareja de hecho, sus hijos u otras personas inscritas para la cobertura según esta Póliza. Los Familiares que pueden reunir los requisitos para obtener la cobertura de esta Póliza se describen con más detalle en la sección de la Póliza llamada “¿Quiénes reúnen los requisitos para la cobertura?”

Farmacia. Hace referencia a una Farmacia minorista o de entrega a domicilio.

Farmacia minorista que brinda suministros para 90 días. Hace referencia a una Farmacia minorista participante que tiene un acuerdo con Cigna, o con una organización que contrata en nombre de Cigna, para brindar Medicamentos con receta específicos o Suministros relacionados, incluidos, entre otros, suministros diarios extendidos, Medicamentos de especialidad y servicios de atención al cliente. Tenga en cuenta que no todas las Farmacias participantes son Farmacias minoristas que brindan suministros para 90 días; sin embargo, todas las Farmacias participantes pueden brindar un suministro para 30 días de Medicamentos con receta o Suministros relacionados.

Farmacia no participante/fuera de la red. Hace referencia a una Farmacia minorista con la cual Cigna NO tiene un contrato para prestar servicios de entrega de Medicamentos con receta a las Personas aseguradas; o bien, a una Farmacia con entrega a domicilio con la cual Cigna NO tiene un contrato para prestar servicios de entrega a domicilio de Medicamentos con receta a las Personas aseguradas.

Farmacia participante/dentro de la red. Hace referencia a una Farmacia minorista con la cual Cigna tiene un contrato para prestar servicios de entrega de Medicamentos con receta a las Personas aseguradas; o bien, a una Farmacia con entrega a domicilio designada de Cigna con la cual Cigna tiene un contrato para prestar servicios de entrega a domicilio de Medicamentos con receta a las Personas aseguradas.

Fecha de inicio. Es la fecha en la que comienza la cobertura según esta Póliza, para usted y para todos sus Familiares.

Férula. Hace referencia a un dispositivo que se emplea para evitar el movimiento de articulaciones o para la fijación de partes desplazadas o móviles.

Fisioterapia o medicina/terapia ocupacional. Hace referencia al uso terapéutico de agentes físicos aparte de los medicamentos. Incluye el uso de las propiedades físicas, químicas y de otro tipo del calor, la luz, el agua, la electricidad, los masajes, el ejercicio, la manipulación vertebral y la radiación.

Gastos cubiertos. Son los gastos que se asumen por Servicios cubiertos según esta Póliza y que Cigna considerará pagar según esta Póliza. Los Gastos cubiertos son los siguientes:

- La Tarifa negociada para los Servicios cubiertos de Proveedores participantes.
- El Cargo máximo reembolsable para los Servicios cubiertos de Proveedores no participantes.

Los Gastos cubiertos pueden estar limitados por otras cantidades máximas específicas que se describen en esta Póliza. Los Gastos cubiertos están sujetos a los Deducibles correspondientes y a otros límites de beneficios. **Se considera que la Persona asegurada asume un gasto el día en que recibe el servicio o suministro.** Los Gastos cubiertos pueden ser inferiores a la cantidad que efectivamente se factura.

Hospital. Hace referencia a una institución que cumple con lo siguiente:

- Está autorizada para funcionar como hospital y lo hace de acuerdo con la ley.
- Se dedica fundamentalmente y de manera continua a prestar servicios o a funcionar, en sus instalaciones o en establecimientos disponibles para el hospital, de manera preacordada y bajo la supervisión de un personal de Médicos debidamente autorizados, centros médicos, de diagnóstico e instalaciones para hacer cirugías importantes para la atención médica y el tratamiento de personas enfermas o lesionadas, en un entorno de hospitalización por el cual se cobra una tarifa.
- Brinda servicios de enfermería las 24 horas del día, a cargo de una enfermera registrada (RN, por sus siglas en inglés) titulada o bajo su supervisión.

El término "Hospital" no incluirá ninguna institución o centro en los cuales la mayor parte de las actividades involucren el descanso, la recreación, el entretenimiento o cualquier otro servicio que no esté exclusivamente relacionado con los Servicios cubiertos. Además, el término "Hospital" no incluye clínicas

ni centros de reposo o descanso, centros de atención de enfermería, ni centros o establecimientos destinados sobre todo a la atención de ancianos, personas con problemas con las drogas o el alcohol, ni aquellos que brindan principalmente Atención de custodia, educativa o rehabilitativa.

Institución. Hace referencia a un establecimiento que brinda alimentos, amparo y ciertos tratamientos o servicios a cuatro o más personas que no tienen relación con el propietario.

Intento para dejar de fumar. Hace referencia, por cada intento, a cuatro sesiones de asesoramiento para dejar de fumar de, al menos, 10 minutos cada una (incluye asesoramiento telefónico, grupal e individual), más un tratamiento de 90 días con ciertos medicamentos para dejar de fumar aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) (incluidos los medicamentos con receta y los de venta sin receta con una receta del Médico; para obtener más detalles, consulte la Lista de medicamentos de cuidado preventivo sin costo en www.mycigna.com).

Lesión. Hace referencia a cualquier tipo de afectación o daño corporal.

Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (PPACA, por sus siglas en inglés) de 2010.

Hace referencia a la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (PPACA, por sus siglas en inglés) de 2010 (Ley Pública 111-148), con las modificaciones introducidas por la Ley de Conciliación del Seguro Médico y Educación de 2010 (Ley Pública 111-152).

Lista de medicamentos con receta. Hace referencia a una lista de Medicamentos con receta y Suministros relacionados aprobados. Los Medicamentos con receta y los Suministros relacionados que se incluyen en la Lista de medicamentos con receta han sido aprobados según los parámetros establecidos por el Comité de P&T y el Equipo de decisiones comerciales. La Lista de medicamentos con receta se revisa y actualiza periódicamente. Puede ver la lista de medicamentos en <http://www.cigna.com/ifp-drug-list>.

Medicaid. Hace referencia a un programa estatal de asistencia médica para personas necesitadas, establecido según el Título XIX de la Ley del Seguro Social de 1965, con sus modificaciones.

Medicamento con receta. Hace referencia a:

- un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos por su seguridad y eficacia;
- ciertos medicamentos aprobados según la revisión de Implementación en estudios de eficacia de medicamentos;
- medicamentos comercializados antes de 1938 que no están sujetos a revisión y que, según la ley federal o estatal, se pueden vender únicamente mediante una Receta médica.
-

Medicamento de especialidad. Hace referencia a un Medicamento con receta o producto médico farmacéutico considerado por Cigna como un Medicamento de especialidad según los siguientes factores, sujeto a las leyes vigentes:

- Cuando el Medicamento con receta o el producto médico farmacéutico es recetado y usado para el tratamiento de una afección compleja, crónica o poco común.
- Cuando el Medicamento con receta o el producto médico farmacéutico tiene un costo de compra alto, y:

- el Medicamento con receta o el producto médico farmacéutico está sujeto a distribución limitada o restringida;
- requiere un manejo especial;
- requiere más educación del paciente, coordinación del Proveedor o supervisión clínica.

Un Medicamento de especialidad puede no tener todas o la mayoría de las características anteriores, y la presencia de alguna de estas características no garantiza que un Medicamento con receta o producto médico farmacéutico se considere un Medicamento de especialidad.

El hecho de que un medicamento sea considerado Medicamento de especialidad según los criterios anteriores, no lo convierte necesariamente en un Medicamento de especialidad, como tampoco determina que el Medicamento de especialidad esté cubierto por el beneficio médico o el beneficio de Medicamentos con receta de esta Póliza.

Medicamento de marca con receta (marca). Hace referencia a un medicamento con receta que ha sido patentado y lo elabora un solo fabricante.

Medicamento genérico con receta (o genérico). Hace referencia a un producto farmacéutico equivalente a uno o más Medicamentos de marca, y que debe estar aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos como un medicamento que cumple con las mismas normas de seguridad, pureza, concentración y eficacia que el Medicamento de marca.

Medicamentos autoinyectables. Hacen referencia a medicamentos aprobados por la FDA y que una persona puede administrarse sin ayuda externa mediante una inyección intramuscular, intravenosa o subcutánea, incluida la insulina Autoinyectable recetada para uso de la Persona asegurada. La insulina está cubierta según los beneficios de receta de esta Póliza. Consulte la sección “Medicamentos con receta” de esta Póliza para obtener más información.

Medicamentos de distribución limitada (LDD, por sus siglas en inglés). Hacen referencia a los medicamentos con requisitos especiales que se usan para tratar afecciones que afectan solamente a un pequeño porcentaje de la población. Debido a esto, el fabricante puede elegir limitar la distribución del medicamento a solo unas pocas farmacias, o según las recomendaciones sobre el medicamento de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) como condición para la aprobación del medicamento. Este tipo de distribución limitada ayuda al fabricante a controlar el inventario del medicamento, educar a los farmacéuticos que lo suministran sobre el control necesario obligatorio y garantizar que se minimice cualquier riesgo asociado.

Medicamentos de especialidad con receta y que son inyectables o para infusión. Hacen referencia a medicamentos indicados o recetados por un Médico y administrados bajo la supervisión de un profesional de cuidado de la salud para el tratamiento de afecciones infrecuentes o crónicas. Estos medicamentos incluyen, entre otros, factor y suministros para hemofilia, reemplazo de enzimas e inmunoglobulina intravenosa. Dichos Medicamentos de especialidad pueden necesitar una Autorización previa o una precertificación.

Medicare. Hace referencia al programa de beneficios de cuidado de la salud provistos según el Título XVIII de la Ley del Seguro Social de 1965, con sus modificaciones.

Médico. Hace referencia a un Médico autorizado para ejercer la medicina o a cualquier otro médico, incluido un dentista autorizado y reconocido como proveedor de servicios de cuidado de la salud en el estado en el cual reside la Persona asegurada; y que presta servicios cubiertos por la Póliza y que están dentro del alcance de su certificación.

Médico de Cigna Telehealth Connection. Hace referencia a un médico que forma parte de una red específica compuesta por una o más organizaciones, las cuales tienen un contrato con Cigna para brindar tratamiento virtual para afecciones médicas agudas leves.

Médico de cuidado primario. Hace referencia a un Médico que ejerce la medicina general, la medicina familiar, la medicina interna o la pediatría y que, a través de un acuerdo con Cigna, brinda servicios de salud básicos y organiza servicios especializados para las Personas aseguradas que lo eligen como su Médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés).

Mercado. En lo que respecta al estado de Virginia, es el Mercado facilitado por el gobierno federal.

Nosotros/nuestro. Hacen referencia a Cigna Health and Life Insurance Company (Cigna).

Otro profesional de cuidado de la salud. Hace referencia a una persona diferente del Médico que tiene licencia o, de algún otro modo, está autorizada por las leyes estatales vigentes a prestar Servicios médicos y que ha firmado un acuerdo con Cigna para prestar servicios a una Persona asegurada. Los Otros profesionales de la salud participantes incluyen, a modo de ejemplo, a fisioterapeutas, enfermeros registrados y auxiliares de enfermería con licencia.

Otro responsable de los pagos autorizado. Hace referencia a uno o más de los siguientes:

1. El programa Ryan White sobre el VIH/SIDA establecido según el Título XXXVI de la Ley de Servicio de Salud Pública.
2. Una tribu indígena, una organización tribal o una organización indígena urbana.
3. Un programa del gobierno local, estatal o federal, incluido un beneficiario dirigido por un programa del gobierno para hacer pagos en su nombre.
4. Una entidad privada independiente que (i) esté estructurada como una organización sin fines de lucro según la ley estatal, (ii) según una determinación del Servicio de Impuestos Internos, reúna los requisitos para recibir una exención del impuesto sobre los ingresos federales según el § 501(c)(3) del título 26 del U.S.C., y (iii) haga pagos en su nombre basados únicamente en criterios de conocimiento público y que no tenga en cuenta, de ninguna manera, el estado de salud de una Persona asegurada a la hora de determinar si hace dichos pagos en su nombre.

Otro centro de cuidado de la salud. Hace referencia a otro centro aparte de un Hospital o centro para enfermos terminales. Entre los ejemplos de Otro centro de cuidado de la salud se incluyen centros de enfermería especializada, hospitales de rehabilitación y centros para afecciones subagudas autorizados, entre otros. Otro Centro de cuidado de la salud NO incluye instalaciones de atención a largo plazo, centros de atención en el hogar, residencias geriátricas, residencias para personas mayores o centros de atención personalizada.

Pareja de hecho. Es la persona del mismo sexo o del sexo opuesto que cumple con todas las siguientes características:

- Es la única Pareja de hecho del Titular de la póliza y lo ha sido durante doce (12) meses o más.
- Es mentalmente capaz.
- El Titular de la póliza no está relacionado de ninguna manera (incluida la adopción o la consanguinidad) con la Pareja de hecho, ni viceversa, que le prohíba casarse según la ley *estatal*.
- No está casado con otra persona ni separado.
- Es económicamente interdependiente del Titular de la póliza.

Período de inscripción abierta anual. Hace referencia al período de tiempo concreto durante cada Año calendario, en el cual las personas pueden solicitar la cobertura para el Año siguiente. Al Período de inscripción abierta anual lo establece el gobierno federal y, cada año, las fechas de inicio y terminación están sujetas a cambios.

Persona asegurada. Hace referencia a usted, el solicitante y a todos los demás Familiares cubiertos según esta Póliza.

Póliza. Hace referencia al conjunto de beneficios, condiciones, exclusiones, limitaciones y primas que se describen en este documento, incluida la página de especificaciones de la Póliza, y cualquier cambio o nota adicional de este documento.

Problema de salud urgente. Hace referencia a una Afección médica que requiere atención inmediata para evitar consecuencias perjudiciales, pero que no se considera una amenaza inmediata para la vida de la persona.

Procedimientos experimentales/en investigación/no aprobados. Un medicamento, dispositivo o tratamiento o procedimiento médico se considera experimental, en investigación o no aprobado si cumple con los siguientes requisitos:

- Su seguridad y eficacia para el tratamiento o la evaluación de la afección o enfermedad para la cual se propone no ha sido demostrada mediante la literatura científica evaluada por colegas y basada en evidencias que existe.
- La Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos no ha aprobado su comercialización al momento en que se suministra y la ley exige dicha aprobación.
- Existe evidencia confiable que demuestra que es parte de ensayos clínicos de fase I, II o III en curso, o que está bajo estudio, para averiguar cuál es la dosis máxima tolerada, su toxicidad, su seguridad, su eficacia o su eficacia en comparación con los estándares de tratamiento o diagnóstico actuales.
- Existe evidencia confiable que demuestra que la opinión unánime entre los expertos es que es necesario hacer estudios o ensayos clínicos adicionales para averiguar cuál es la dosis máxima tolerada, su toxicidad, su seguridad, su eficacia, o su eficacia en comparación con los medios de tratamiento o diagnóstico estándares.

La evidencia confiable incluye solamente informes y artículos publicados en la literatura médica y científica autorizada y revisada por colegas, protocolos escritos por el centro responsable del tratamiento u otros centros que estudian esencialmente el mismo fármaco, dispositivo o tratamiento/procedimiento médico; o el consentimiento médico informado que usa el centro responsable del tratamiento u otros centros que estudian esencialmente el mismo fármaco, dispositivo o tratamiento/procedimiento médico.

Productos farmacéuticos y Suministros para la diabetes. Incluyen, entre otros, tiras reactivas para los glucómetros; tiras reactivas para urianálisis y lectura visual; tabletas que miden la glucosa, cetonas y proteína; glucómetros que están en la Lista de medicamentos con receta de Cigna; lancetas y dispositivos de lancetas; insulina y análogos de insulina, artículos para inyecciones, incluidos los dispositivos de ayuda para la inyección de insulina y sistemas sin agujas; jeringas y agujas hipodérmicas, recipientes para la eliminación de residuos con riesgo biológico, medicamentos por vía oral recetados y no recetados para controlar los niveles de glucemia; y kits de emergencia de glucagón.

Programa de atención de enfermos terminales. Hace referencia a un programa coordinado e interdisciplinario destinado a satisfacer las necesidades físicas, psicológicas, espirituales y sociales de personas en estado terminal y de sus familias, y que brinda servicios de cuidado de la salud de apoyo, servicios paliativos y de enfermería, y otros servicios de cuidado de la salud en el hogar o en un entorno hospitalario para las Personas aseguradas que tienen una Enfermedad terminal y para sus familias.

Prótesis/aparatos o dispositivos protésicos. Son sustitutos artificiales que reemplazan, total o parcialmente, un miembro o una parte del cuerpo, como un brazo, una pierna, un pie o un ojo.

Prótesis dentales. Incluyen dentaduras postizas, coronas, fundas dentales, puentes, ganchos, dispositivo corrector de hábitos y prótesis parciales.

Proveedor. Hace referencia a un Hospital, un Médico o cualquier otro profesional de cuidado de la salud (i) autorizado de acuerdo con las leyes federales y estatales pertinentes, (ii) que cuente con la acreditación de la Comisión Conjunta para la Acreditación de las Organizaciones de Salud o de otra organización, siempre y cuando esté aprobada por Cigna, y (iii) que ejerza dentro del alcance de su licencia y acreditación.

Proveedor en país extranjero. Hace referencia a cualquier institución o Proveedor de atención o tratamientos médicos o psiquiátricos que preste servicios en un país que no sean los Estados Unidos de América.

Proveedor no participante/Proveedor fuera de la red. Hace referencia a un Proveedor que no ha firmado un contrato con Cigna como Proveedor participante según esta Póliza, al momento en que se prestan los servicios.

Proveedor participante/Proveedor dentro de la red. Hace referencia a un Hospital, Médico o cualquier otro profesional o entidad de cuidado de la salud que tenga un contrato directo o indirecto con Cigna para brindar Servicios cubiertos, con respecto a un Póliza en particular según la cual esté cubierta una Persona asegurada. Es posible que, en esta Póliza, también se haga referencia a un Proveedor participante por tipo de Proveedor, por ejemplo, un Hospital participante o un Médico participante.

Receta médica. Hace referencia a la autorización legal para un Medicamento con receta o Suministro relacionado, emitida por un Médico u otro Proveedor debidamente matriculado para brindar dicha autorización, mientras dicho profesional ejerza como Médico; o bien, para cada reposición autorizada de dicho medicamento o suministro.

Recién nacido. Hace referencia a un lactante con 31 días de vida o menos.

Referencia. Hace referencia a la aprobación que usted debe recibir de su PCP para que se cubran los servicios de un Proveedor participante, según se menciona en las secciones “Referencias a especialistas” y “Excepciones del proceso de referencia” incluidas en la “Introducción” de esta Póliza.

Servicio médico de Cigna Telehealth Connection. Hace referencia a una visita solicitada por la Persona asegurada y brindada por un médico de Cigna Telehealth Connection, en la cual se brinda tratamiento virtual para afecciones médicas agudas leves, como resfrío, gripe, dolor de garganta, sarpullido o dolor de cabeza.

Nota: La red que brinda Médicos de Cigna Telehealth Connection es diferente de la red del plan y solo está disponible para los servicios detallados en “Cigna Telehealth Connection”, en la sección “Beneficios integrales: cobertura de la Póliza” de esta Póliza.

Servicios cubiertos. Son servicios o suministros Necesarios por razones médicas que cumplen con las siguientes características:

- a. Se encuentran en la sección de beneficios de esta Póliza.
- b. La Póliza no los excluye de manera específica.
- c. Los presta un proveedor que cumple con lo siguiente:
 - (i) está autorizado de acuerdo con las leyes federales y estatales pertinentes;
 - (ii) es un hospital que tiene la acreditación de la Comisión Conjunta para la Acreditación de las Organizaciones de Salud o de otra organización adecuadamente autorizada;

(iii) presta sus servicios dentro del ámbito de su licencia y (si corresponde) acreditación.

Servicios de atención de enfermos terminales. Hacen referencia a cualquier tipo de Servicio cubierto brindado por: (a) un Hospital, (b) un Centro de enfermería especializada o institución similar, (c) una Agencia de cuidado de la salud a domicilio y asociaciones de personal de enfermería a domicilio, (d) un centro para enfermos terminales o (e) cualquier otro centro o agencia autorizado que opere según un Programa de atención de enfermos terminales.

Servicios de atención pediátrica de la vista. Hacen referencia a los exámenes de atención de la vista y otros servicios o tratamientos que se describen en la sección “Beneficios de atención pediátrica de la vista brindada por un oftalmólogo u optometrista” de esta Póliza, brindados a una Persona asegurada menor de 19 años. La cobertura continúa hasta el final del mes en que la Persona asegurada cumple 19 años.

Servicios de emergencia. Con respecto a una Afección médica de emergencia, hacen referencia a: (a) una evaluación médica que se encuentra dentro de las prestaciones que puede brindar el departamento de emergencias de un hospital, incluidos los servicios auxiliares que normalmente se encuentran disponibles para el departamento de emergencias, para evaluar la Afección médica de emergencia; y (b) los demás exámenes y tratamientos médicos que sean necesarios para estabilizar al paciente, en la medida en que estén dentro de las capacidades del personal y las instalaciones del hospital.

Servicios de rehabilitación. Incluyen el enfoque de un equipo coordinado y varios tipos de tratamientos, entre los que están la atención de enfermería especializada, la fisioterapia, la terapia ocupacional, la terapia del lenguaje, los servicios médicos y los servicios de un trabajador social o psicólogo. Los servicios se prestan en un Hospital, un centro independiente, un Centro de enfermería especializada o en el marco de un programa de rehabilitación ambulatoria de día.

Servicios de telemedicina. En relación con la prestación de servicios de cuidado de la salud, hacen referencia al uso de tecnología o medios de información electrónicos, incluidos los audios o videos interactivos, para diagnosticar o tratar a un paciente, o bien, de consultar con otros Proveedores de cuidado de la salud sobre el diagnóstico o el tratamiento de un paciente. Los servicios de telemedicina no incluyen teléfonos solo de audio, mensajes de correo electrónico, transmisiones por fax ni cuestionarios en línea.

Servicios habilitativos. Hacen referencia a servicios de cuidado de la salud que lo ayudan a mantener, aprender o mejorar las habilidades y funciones para la vida cotidiana. Entre los ejemplos se incluyen la terapia que recibe un niño que no camina ni habla a la edad esperada. Estos servicios pueden incluir fisioterapia y terapia ocupacional, servicios de logopedia, dispositivos médicos y otros servicios para personas con discapacidades en varios entornos hospitalarios o ambulatorios.

Servicios y suministros cubiertos **Necesarios por razones médicas o dentales.** Hacen referencia a los Servicios y suministros cubiertos que cumplen con las siguientes características:

- Son necesarios para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad, lesión, dolencia o sus síntomas.
- Cumplen con los estándares generalmente aceptados de la práctica médica.
- Son clínicamente apropiados en términos de tipo, frecuencia, alcance, ubicación y duración.
- No están pensados principalmente para la conveniencia del paciente, Médico u otro Proveedor de cuidado de la salud.
- Se brindan en el entorno menos intensivo posible que sea apropiado para prestar servicios o entregar suministros. A la hora de decidir cuál es el entorno menos intensivo, podremos comparar la relación costo-eficacia de servicios, entornos o suministros alternativos, siempre que corresponda.

Soporte. Es un aparato o dispositivo ortopédico que mantiene o sostiene en su posición correcta a una parte del cuerpo movable y que permite el movimiento de esa parte.

Suministros para la diabetes. Incluyen, entre otros, glucómetros, incluso aquellos diseñados para las personas ciegas; bombas de insulina y accesorios relacionados; dispositivos para la infusión de insulina, baterías, elementos para la preparación de la piel, suministros adhesivos, equipos de infusión, cartuchos de insulina, dispositivos duraderos y desechables para la inyección de insulina y cualquier otro tipo de suministro desechable necesario; aparatos de podología para la prevención de complicaciones asociadas con la diabetes. Incluyen, además, la reparación y el arreglo de las bombas de insulina que no cubra la garantía del fabricante y el alquiler de bombas de insulina durante estas reparaciones y mantenimientos necesarios, ninguno de los cuales puede superar el precio de compra de una bomba de reemplazo similar.

Suministros relacionados. Hacen referencia a Suministros para la diabetes (agujas y jeringas para la administración de insulina, lancetas y tiras reactivas para medir la glucosa), agujas y jeringas para la autoadministración ambulatoria de Medicamentos con receta y que no se venden en jeringas precargadas, inhaladores, cámaras de inhalación para el manejo y el tratamiento del asma y otras afecciones en pacientes pediátricos, diafragmas, DIU, capuchones cervicales, anillos anticonceptivos, parches anticonceptivos y anticonceptivos orales (incluidas las píldoras anticonceptivas de emergencia); agujas y jeringas desechables necesarias para inyectar medicamentos y suplementos cubiertos.

Tarifa negociada. Hace referencia al más bajo de los cargos facturados o la tarifa de pago que se ha negociado con un Proveedor participante por los Servicios cubiertos.

Terapia escalonada. Es un tipo de Autorización previa. Es posible que Cigna le exija a una Persona asegurada que siga ciertos pasos antes de cubrir algunos Medicamentos con receta y Suministros relacionados, incluidos los Medicamentos de especialidad. Asimismo, podemos exigirle a una Persona asegurada que pruebe Medicamentos con receta y Suministros relacionados similares, incluidos los Medicamentos de especialidad que la mayoría de las personas con la misma afección que la Persona asegurada ha considerado seguros, eficaces y más económicos. Los Medicamentos con receta y Suministros relacionados que requieran Terapia escalonada se pueden identificar en la Lista de medicamentos con receta en www.mycigna.com.

Titular de la póliza. Hace referencia al solicitante que ha presentado la solicitud, ha sido aceptado para recibir cobertura y se designa como Titular de la póliza en la página de especificaciones.

Trastornos mentales, emocionales o nerviosos funcionales. Hacen referencia a las neurosis, las psiconeurosis, las psicopatías, las psicosis, las enfermedades o los trastornos mentales o emocionales de cualquier tipo.

Usted, su y usted mismo. Hacen referencia al Titular de la póliza que ha presentado la solicitud, ha sido aceptado para recibir cobertura y se designa como Titular de la póliza en la página de especificaciones.

Virtual. Con respecto a los Servicios médicos de Cigna Telehealth Connection, este término hace referencia a los Servicios cubiertos que se brindan a través de tecnologías de telecomunicación seguras, incluidos los audios o videos interactivos, los teléfonos e Internet.

Visita al consultorio. Hace referencia a la visita al consultorio de un Médico por parte de una Persona asegurada, es decir, el paciente, en la cual se brindan uno o más de los 3 siguientes servicios específicos:

- antecedentes (se reúne información sobre una Enfermedad o Lesión);
- examen;
- decisión médica (diagnóstico y plan de tratamiento propuesto por el médico).

Esto no incluye otros servicios (p. ej., radiografías o servicios de laboratorio), incluso si se hacen el mismo día.

¿Quiénes reúnen los requisitos para recibir cobertura?

Requisitos de elegibilidad

Esta Póliza está destinada a residentes del estado de Virginia. El Titular de la póliza debe informarnos sobre todos los cambios que puedan afectar la elegibilidad de cualquier Persona asegurada según esta Póliza.

Usted reúne los requisitos para recibir cobertura según esta Póliza si, al momento de la presentación de la solicitud, cumple con lo siguiente:

- es un ciudadano o un habitante de los Estados Unidos, o un no-ciudadano que reside legalmente en los Estados Unidos, y se espera razonablemente que sea un ciudadano, un habitante o un no-ciudadano que reside legalmente en el país durante todo el período que dure la cobertura que se busca obtener; y
- es un residente del estado de Virginia; y
- vive en el Área de servicio en la cual está presentando la solicitud y pretende seguir viviendo allí durante todo el período que dure la cobertura que se busca obtener; y
- no está encarcelado aparte de encarcelamiento a la espera de la disposición de cargos; y
- no reside en una Institución; y
- ha presentado una solicitud de cobertura completa y firmada y el Intercambio de seguros la ha aceptado por escrito.

Otras Personas aseguradas pueden incluir a los siguientes Familiares:

NOTA: un cónyuge dependiente, una Pareja de hecho o un Hijo dependiente deben residir en el Área de servicio, a menos que el hijo esté cubierto por una Orden médica calificada de manutención de los hijos y viva fuera del Área de servicio. Un hijo que reúne los requisitos para inscribirse como Dependiente según esta Póliza y que reside fuera del Área de servicio tiene derecho a recibir, mientras se encuentre fuera del Área del servicio, únicamente beneficios de emergencia fuera del área, según la cláusula “Servicios de emergencia”, de la sección “Servicios y beneficios”. Sin embargo, cuando dicho hijo se encuentre dentro del Área de servicio, reunirá los requisitos para recibir los beneficios por Servicios cubiertos de Proveedores dentro de la red, como se describe en esta Póliza.

- Su Pareja de hecho o cónyuge legítimo que resida en el Área de servicio.
- Sus hijos o cualquier persona que dependa de usted, que viva en el Área de servicio y no haya alcanzado la edad de 26 años.
- Sus hijastros que vivan en el Área de servicio y no hayan alcanzado la edad de 26 años.
- Los hijos solteros de su cónyuge o Pareja de hecho, o los suyos propios, sin importar la edad, que se hayan inscrito antes de alcanzar la edad de 26 años, que residan en el Área de servicio y no puedan mantenerse debido a una incapacidad intelectual o física permanente certificada por un médico, y que dependan principalmente del Asegurado para su manutención. Cigna debe recibir evidencia por escrito de dicha incapacidad y dependencia en un plazo de 31 días después de que dicho hijo haya cumplido 26 años. En lo sucesivo y de manera periódica, pero con una frecuencia no mayor a una vez por año, Cigna podría exigir evidencia por escrito de tal discapacidad o dependencia.
- Los hijos recién nacidos de su cónyuge o Pareja de hecho, o los suyos propios, están automáticamente cubiertos durante los primeros 31 días de vida. Para que la cobertura continúe, debe inscribir al niño como Familiar asegurado mediante la solicitud de su inscripción como dependiente, dentro de los 60 días después de la fecha de nacimiento, y pagar cualquier prima adicional. La cobertura de un hijo

recién nacido dependiente inscrito dentro de los 60 días de su nacimiento será retroactiva a partir de la fecha de su nacimiento. Esto también se aplica a un hijo recién nacido con respecto al cual usted:

- haya presentado una sentencia de adopción dentro de los 31 días después del nacimiento del niño; o
 - haya iniciado los trámites de adopción dentro de los 31 días después de la fecha de nacimiento del niño y tenga la custodia temporal;
 - haya completado los trámites de adopción y se haya emitido una sentencia de adopción en el plazo de un año desde el inicio de dichos trámites, a menos que dicho plazo se haya extendido por orden de un tribunal, debido a las necesidades especiales del niño.
 - Un hijo adoptado reúne los requisitos para recibir cobertura desde la fecha de la adopción y colocación bajo custodia de una Persona asegurada y, si la adopción ocurrió dentro de los 31 días del nacimiento, el niño será reconocido como un hijo recién nacido de la Persona asegurada a partir de la fecha de la colocación bajo custodia. Esto continuará, a menos que la colocación bajo custodia se vea interrumpida antes de que se dicte la sentencia final de adopción y el niño sea retirado de dicha colocación.
- Un niño adoptado, incluido un niño que haya sido colocado en su familia para adopción, está automáticamente cubierto durante 31 días a partir de la fecha en que es colocado para adopción o se inicia el proceso de adopción. Para que la cobertura continúe, debe inscribir al niño como Familiar asegurado mediante la solicitud de su inscripción como dependiente, dentro de los 60 días después de la fecha de adopción, y pagar cualquier prima adicional. La cobertura de un hijo adoptado dependiente inscrito dentro de los 60 días de su adopción será retroactiva a partir de la fecha de colocación para adopción o de inicio del proceso de adopción.
 - Un niño que usted recibe bajo cuidado temporal está automáticamente cubierto durante 31 días a partir de la fecha de colocación bajo cuidado temporal. Para que la cobertura continúe, debe inscribir al niño acogido como Familiar asegurado mediante la solicitud de su inscripción como dependiente, dentro de los 60 días después de la fecha en que se le entrega el niño bajo cuidado temporal, y pagar cualquier prima adicional. La cobertura de un niño acogido dependiente inscrito dentro de los 60 días de su nacimiento será retroactiva a partir de la fecha de colocación del niño bajo cuidado temporal.
 - Si un tribunal le ha ordenado a un asegurado que le brinde cobertura a un hijo que reúne los requisitos (como se lo definió anteriormente), la cobertura será automática durante los primeros 31 días después de la fecha en que se emitió la orden del tribunal. Para que la cobertura continúe, debe inscribir al niño como Familiar asegurado mediante la solicitud de su inscripción como dependiente, dentro de los 60 días después de la fecha en que se emitió la orden del tribunal, y pagar cualquier prima adicional. La cobertura dispuesta por un tribunal de un hijo dependiente inscrito dentro de los 60 días de emitida la orden del tribunal será retroactiva a partir de la fecha de dicha orden. Si un tribunal le ha ordenado a un Asegurado que obtenga cobertura para un hijo y el asegurado no lo hace, el otro padre del niño o el Departamento de Servicios Sociales de Virginia puede inscribir al niño para que obtenga cobertura como dependiente del Asegurado.

¿Cuándo puede presentar la solicitud?

Solicitud para inscribirse o cambiar de cobertura

La Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (PPACA, por sus siglas en inglés) de 2010 indica que una persona que reúna los requisitos debe inscribirse para solicitar cobertura o cambiar de plan durante el Período de inscripción abierta anual. Las personas que no se inscriban en un plan ni cambien de plan durante el período de inscripción abierta deben esperar hasta el próximo período de inscripción abierta para hacerlo. No obstante, si una persona experimenta un evento desencadenante, como se los describe más abajo, dicho evento desencadenante da comienzo a un Período especial de inscripción de 60 días, durante el cual una persona que reúne los requisitos puede inscribirse y una Persona asegurada puede agregar dependientes y cambiar de cobertura.

Tanto el Período de inscripción abierta como el Período de inscripción especial se explican a continuación.

Período de inscripción abierta anual

El Período de inscripción abierta anual hace referencia a un período de tiempo específico por Año, durante el cual las personas que reúnen los requisitos, según la descripción anterior, pueden presentar la solicitud de inscripción para recibir cobertura o cambiar de cobertura de un plan a otro.

Para inscribirse y recibir cobertura según esta Póliza, debe enviar una solicitud completa y firmada de cobertura según esta Póliza, tanto para usted como para cualquier Dependiente que reúna los requisitos y el Intercambio de seguros debe recibir dicha solicitud durante el Período de inscripción abierta anual.

Su cobertura según esta Póliza iniciará cuanto antes lo permitan las leyes federales, siempre dentro del período de inscripción abierta correspondiente al Año en curso. **Nota: Si no presenta la solicitud de cobertura ni hace un cambio de cobertura durante el Período de inscripción abierta anual, no podrá volver a solicitarla nuevamente hasta el próximo Período de inscripción abierta anual,** a menos que reúna las condiciones para acceder al período de inscripción especial, como se describe a continuación.

Períodos de inscripción especial

Un Período de inscripción especial se habilita cuando una persona experimenta un evento desencadenante.

Si usted experimenta uno de los eventos desencadenantes que se mencionan a continuación, puede inscribirse para recibir cobertura e inscribir a sus Dependientes elegibles durante un período de inscripción especial, en lugar de esperar al próximo Período de inscripción abierta anual.

Los eventos desencadenantes que dan comienzo a un Período de inscripción especial son:

- una persona que reúne los requisitos, así como cualquier dependiente, pierden su cobertura mínima esencial, su cobertura de Medicare/Medicaid relacionada con un embarazo o su cobertura necesaria por razones médicas (únicamente una vez por Año calendario), o la persona o dependiente que reúne las condiciones está inscrito en cualquier cobertura de seguro de salud grupal o individual de año no calendario (incluso si tiene la opción de renovar dicha cobertura). La fecha de la pérdida de la cobertura mínima esencial, la cobertura relacionada con un embarazo o la cobertura necesaria por razones médicas es el último día en que la persona estaría cubierta en virtud del plan. La fecha de la pérdida del seguro de año no calendario es el último día del año del plan o la Póliza; o
- una persona que reúne los requisitos y sus dependientes pierden la cobertura de un plan de salud patrocinado por el empleador debido a la terminación involuntaria de la relación laboral, por motivos que no están relacionados con una conducta indebida o a causa de una reducción de las horas de trabajo; o
- una persona que reúne los requisitos que agrega o se convierte en un dependiente debido a un matrimonio, un nacimiento, una adopción o una colocación para adopción, una colocación bajo cuidado temporal, o bien, debido a una orden de manutención infantil u otro tipo de orden judicial; o
- un cónyuge, una Pareja de hecho o un hijo dependiente que reúne los requisitos pierde la cobertura de un plan de salud patrocinado por el empleador porque el empleado adquiere el derecho a recibir Medicare, o debido al divorcio o la separación legal del empleado cubierto o la muerte del empleado cubierto; o
- una persona que reúne los requisitos pierde su condición de hijo dependiente en virtud de un plan de salud patrocinado por el empleador de uno de sus padres; o
- una persona que no era previamente un ciudadano, habitante o residente legal adquiere dicha condición, o bien, la persona es liberada de la cárcel.

- la inscripción o no inscripción de una persona que reúne los requisitos en un plan de salud calificado es accidental, involuntaria o errónea, y resultado del error, la alteración intencional o la inoperancia de un funcionario, empleado o representante del Mercado estatal, o del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés) o sus dependencias, según lo determine el Mercado. En estos casos, el Mercado puede tomar las medidas que considere necesarias para corregir o eliminar las consecuencias de dicho error, alteración intencional o acción; o
- una persona que reúne los requisitos o su dependiente le brindan al Mercado evidencia suficiente de que el plan de salud calificado en el que están inscritos infringió sustancialmente una cláusula esencial del contrato en relación con dicha persona.
- Se determina que una persona que reúne los requisitos es recientemente elegible o no elegible para recibir pagos adelantados del crédito tributario de prima, o bien, su condición de elegible para recibir las reducciones de los costos compartidos ha cambiado, sin importar si dicha persona ya está inscrita en un plan de salud calificado:
 - Se determina que el afiliado o su dependiente son recientemente elegibles o no elegibles para recibir el crédito tributario de prima por adelantado (APTC, por sus siglas en inglés), o bien, su condición de elegibles para recibir las reducciones de los costos compartidos ha cambiado.
 - Se determina que una persona o su dependiente, quienes reúnen los requisitos y están inscritos en un plan patrocinado por el empleador, son recientemente elegibles para recibir el APTC, en parte porque se ha descubierto que no son elegibles para recibir una cobertura en virtud de un plan patrocinado por el empleador que reúna los requisitos, incluso como resultado de la cancelación o cambio de la cobertura disponible por parte del empleador durante los próximos 60 días, siempre y cuando se les permita cancelar la cobertura existente.
 - Una persona que reúne los requisitos y que anteriormente no reunía los requisitos para recibir el APTC porque tenía un ingreso familiar inferior al 100 % del nivel federal de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés), y que tampoco reunía los requisitos para Medicaid porque residía en un estado que no acepta la expansión de Medicaid, percibe un cambio en sus ingresos, o bien, se muda a otro estado, lo que la convierte en una persona que recientemente reúne los requisitos para recibir el APTC.

En el caso de las personas cuya cobertura actual a través de un plan elegible patrocinado por el empleador ya no estará disponible ni le brindará el valor mínimo del plan del empleador el año siguiente, el Mercado debe permitirles acceder a este período de inscripción especial, antes de que finalice su cobertura a través de dicho plan elegible patrocinado por el empleador.

- Una persona o un afiliado que reúne los requisitos obtiene acceso a nuevos planes de salud calificados como resultado de una mudanza (incluida una mudanza fuera del Área de servicio del plan actual de la persona) y bien (1) tenía una cobertura mínima esencial durante uno o más días durante los 60 días previos a la fecha de la mudanza o (2) vivía fuera de los Estados Unidos o en un territorio de los Estados Unidos al momento de la mudanza. Además, la persona que reúne los requisitos puede acceder al período de inscripción especial de 60 días antes de la mudanza.
- La persona que reúne los requisitos y adquiere o mantiene la condición de indígena, según la definición de la sección 4 de la Ley de Mejoramiento de la Atención Médica de la Población Indígena (o sus dependientes), puede inscribirse en un plan de salud calificado o cambiar de un plan de salud calificado a otro, una vez por mes.
- Una persona o un afiliado que reúne los requisitos le demuestra al Mercado, de acuerdo con las pautas establecidas por el HHS, que cumple con otras circunstancias excepcionales, según las estipule el Mercado; o una persona que reúne los requisitos (o sus dependientes) inscrita en una cobertura mínima esencial y que es víctima de violencia doméstica o abandono conyugal solicita la inscripción en una cobertura diferente de la del autor de dichos actos.

- Una persona que reúne los requisitos o su dependiente solicita la cobertura de un plan del Mercado, de Medicaid o del Acceso Familiar a un Plan de Seguro Médico (FAMIS, por sus siglas en inglés) durante el período de inscripción abierta o debido a un evento que califica, pero se determina que no reúne los requisitos para acceder a Medicaid o FAMIS una vez que ha terminado el período de inscripción abierta del Intercambio de seguros o más de 60 días después de un evento que califica.
- La persona o el afiliado que reúne los requisitos (o sus dependientes) le brindan al Mercado pruebas suficientes de que un error esencial relacionado con los beneficios del plan, el Área de servicio o la prima influyeron en su decisión de obtener un plan de salud calificado (QHP, por sus siglas en inglés); o bien, de que hubo una infracción de las cláusulas esenciales del contrato por parte del QHP.
- Según lo requiera el Mercado, la persona que reúne los requisitos brinda evidencia suficiente que comprueba su elegibilidad para acceder a un programa de accesibilidad al seguro o para inscribirse en un QHP, luego de que finalice el período de inscripción del Intercambio de seguros, debido a que no se verificó dicha condición dentro de los períodos de tiempo establecidos, o se encuentra por debajo del 100 % del nivel federal de pobreza y no se inscribió en una cobertura mientras esperaba que el HHS verificara la ciudadanía, la condición de habitante o la residencia legal.

Los eventos desencadenantes **no** incluyen la pérdida de la cobertura por el incumplimiento en el pago oportuno de las primas, incluidas las primas contempladas por la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, por sus siglas en inglés) antes del vencimiento de la cobertura de COBRA; y las situaciones que permitan la cancelación, según el título 45 del Código de Reglamentaciones Federales (CFR, por sus siglas en inglés), sección 147.128.

El período de inscripción especial comienza la fecha en que sucede el evento desencadenante y termina el día 61 después del evento desencadenante. Las fechas de inicio de la cobertura de las personas que se inscriban durante un período de inscripción especial se determinan de la siguiente manera:

- En el caso de nacimiento, adopción, colocación para adopción o bajo cuidado temporal, la cobertura de la persona o el afiliado que reúne los requisitos inicia en la fecha del nacimiento, la adopción, la colocación para adopción o bajo cuidado temporal.
- En el caso de un matrimonio o en el caso en que una persona que reúne los requisitos pierda la cobertura mínima esencial, la cobertura inicia el primer día del mes siguiente.

Para todos los demás eventos desencadenantes, las Fechas de inicio son las siguientes:

- En el caso de una solicitud presentada entre el primer día y el día 15 de cualquier mes, la fecha de inicio de la cobertura será el primer día del mes siguiente.
- En el caso de una solicitud presentada entre el día 16 y el último día del mes, la fecha de inicio de la cobertura será el primer día del segundo mes próximo.

Causas específicas de inelegibilidad

Salvo lo que se describe en la sección “Continuación”, una Persona asegurada **dejará de reunir los requisitos para recibir la cobertura** según la Póliza en los siguientes casos:

- Cuando las primas no se paguen de acuerdo con las fechas de vencimiento y los períodos de gracia que se describen en la sección de las primas.
- En el caso del cónyuge, cuando este ya no esté casado con la persona Asegurada.
- En el caso de la Pareja de hecho, cuando se disuelva a relación de Pareja de hecho o deje de existir por cualquier otro motivo.

- En su caso o en el caso de sus Familiares, cuando ya no cumpla con los requisitos que se mencionan en la sección “Requisitos de elegibilidad”.
- En la fecha de extinción de la Póliza.
- Cuando el Titular de la póliza ya no resida, viva ni trabaje en el Área de servicio.

Recuerde que es su responsabilidad informarle a Cigna de inmediato sobre cualquier cambio que afecte su elegibilidad, o la de cualquiera de sus Familiares asegurados, para recibir los beneficios según esta Póliza.

Continuidad

Si la elegibilidad de un cónyuge o una pareja de hecho según esta Póliza terminara debido a la muerte del Asegurado, salvo que el Asegurado no haya pagado las primas, dicho cónyuge o pareja de hecho tiene derecho a la continuación de su seguro. La cobertura continuará bajo el nombre del cónyuge o la Pareja de hecho. En dicho caso, la cobertura continuará sin necesidad de presentar evidencia de asegurabilidad.

Si la elegibilidad de una Persona asegurada según esta Póliza terminara debido a un divorcio o si otro Familiar asegurado dejara de reunir los requisitos debido a la edad o porque ya no califica como dependiente para la cobertura según este Plan, salvo que el Asegurado no haya pagado las primas, dicho Familiar tiene derecho a la continuación de su seguro. La cobertura continuará bajo el nombre de dicho Familiar, siempre y cuando este le informe a Cigna y pague la prima mensual correspondiente, dentro de los 60 días después de la fecha en que, de otra manera, esta Póliza terminaría. En dicho caso, la cobertura continuará sin necesidad de presentar evidencia de asegurabilidad.

Cómo funciona la Póliza

Los servicios para los cuales no tiene una referencia de un PCP no están cubiertos. Este Plan no cubre los servicios prestados por un Proveedor no participante (fuera de la red), salvo los Servicios de emergencia y según se indica en las cláusulas “Circunstancias especiales” y “Excepciones de la red” de esta Póliza.

Programa de beneficios

El Programa de beneficios muestra el Deducible individual y familiar, además de los Desembolsos máximos y el Gasto máximo cubierto para cada tipo de beneficio.

No se pagará ningún beneficio, a menos que la cobertura de la Persona asegurada esté activa al momento en que se presten los servicios; además, el pago de los beneficios está sujeto a todos los términos, las condiciones, las limitaciones y las exclusiones de esta Póliza.

Asimismo, no se pagará ningún beneficio, a menos que la Persona asegurada reciba los servicios de un Proveedor participante, como se indica a continuación, en la sección “Circunstancias especiales”.

Hospitales, Médicos y otros Proveedores participantes

Los Gastos cubiertos por proveedores participantes se basan en nuestra tarifa negociada. Los Proveedores participantes han acordado **NO** cobrar una tarifa mayor a la tarifa negociada con Cigna para los Servicios cubiertos. Es posible que los Proveedores participantes le cobren a la Persona asegurada por los servicios que no sean Servicios cubiertos según esta Póliza. Además, los Proveedores participantes nos presentarán reclamos en nombre de la Persona asegurada y solicitarán una Autorización previa cuando sea necesario.

Antes de la cita, asegúrese de consultar con el Proveedor si tiene actualmente un contrato con Cigna.

Circunstancias especiales

En ciertas circunstancias y como se indica a continuación, los Gastos cubiertos por los servicios y suministros de un Proveedor no participante se pagarán de acuerdo con el Programa de beneficios del Proveedor participante:

- **Servicios de emergencia del Hospital**
Los Servicios de emergencia para atender una Afección médica de emergencia se pagarán según el Programa de beneficios del Proveedor participante. Una vez que el paciente esté estable y su estado de salud permita el traslado a un Hospital participante, los servicios de un Hospital no participante ya no estarán cubiertos.
- **Servicios de emergencia de un médico u otro Proveedor**
En el caso de la atención inicial de una Afección médica de emergencia, los Gastos cubiertos se pagarán según el Programa de beneficios del Proveedor participante.
- **La atención especializada no está disponible por parte de un Proveedor dentro de la red**
Cuando la atención especializada Necesaria por razones médicas no esté disponible por parte de un Proveedor dentro de la red, los Gastos cubiertos por Servicios cubiertos se pagarán según el Programa de beneficios del Proveedor participante.
- **Servicios de un centro para un Problema de salud urgente**
Los servicios para un Problema de salud urgente en un consultorio, centro de atención de urgencia u otro centro de atención ambulatoria se pagarán según el Programa de beneficios del Proveedor

participante, hasta que el paciente esté estable y su estado de salud permita el alta o el traslado a un Centro participante; en este punto, los servicios de un Centro no participante ya no estarán cubiertos.

- **Servicios de un Médico u otro Proveedor para un Problema de salud urgente**

En el caso de la atención inicial de un Problema de salud urgente, los Gastos cubiertos se pagarán según el Programa de beneficios del Proveedor participante.

Nota: Los cargos de Proveedores no participantes se reembolsan según el Cargo máximo reembolsable, según se define en esta Póliza. Si los cargos del Proveedor participante superan el Cargo máximo reembolsable permitido para el servicio que recibió, usted deberá pagarle al Proveedor la cantidad que supere el Cargo máximo reembolsable.

Deducibles

Los Deducibles son cantidades fijas de Gastos cubiertos que la Persona asegurada debe pagar antes de que los beneficios estén disponibles. Los Deducibles se aplican a todos los Gastos cubiertos, como se describe en la sección “Definiciones” de esta Póliza, a menos que se indique expresamente lo contrario en el Programa de beneficios. Los Deducibles no incluyen ninguna cantidad que supere los Cargos máximos reembolsables ni los gastos que no sean Gastos cubiertos.

Los Deducibles se aplicarán en el orden en que recibamos y procesemos los reclamos de las Personas aseguradas, no necesariamente en el orden en el que la Persona asegurada recibió el servicio o suministro.

Deducible

El Deducible está estipulado en el Programa de beneficios. El Deducible es la cantidad de Gastos cubiertos que usted debe pagar por **cualquier** Servicio cubierto (salvo que se indique lo contrario en el programa de beneficios) brindado por Proveedores participantes cada Año, antes de que los beneficios estén disponibles. Existen dos maneras en que una Persona asegurada puede alcanzar su Deducible:

- Cuando una Persona asegurada alcanza su Deducible individual, los beneficios de esa Persona asegurada se pagarán consecuentemente, se alcance o no cualquier Deducible familiar correspondiente.
- El Deducible familiar se aplicará en el caso de que uno o más Familiares estén cubiertos según esta Póliza. Cada Persona asegurada puede contribuir al Deducible familiar con la cantidad del Deducible individual, como máximo. Una vez que se alcance este Deducible familiar, no es necesario alcanzar ningún Deducible individual o familiar adicional durante el resto de ese Año.

Desembolso máximo

- El Desembolso máximo individual es la acumulación de Gastos cubiertos. Incluye Deducibles, Copagos y Coseguros por servicios médicos y de medicamentos con receta cubiertos. Una vez que se haya alcanzado el Desembolso máximo individual en un Año por Servicios cubiertos, ya no tendrá que pagar el Coseguro ni el Copago de servicios médicos o de medicamentos con receta cubiertos en concepto de Gastos cubiertos asumidos durante el resto de ese Año. La cantidad del Desembolso máximo individual se describe en la sección del Programa de beneficios de esta Póliza.
- El Desembolso máximo familiar se aplica si tiene un plan familiar y usted o uno o más Familiares están asegurados según esta Póliza. Es una acumulación de los Gastos cubiertos individuales, incluidos los Deducibles, Copagos y Coseguros por Servicios médicos y de medicamentos con receta cubiertos, que cada Familiar pagó durante un Año en concepto de Gastos cubiertos. Si cubre a otros Familiares, cada uno de los Servicios cubiertos de la Persona asegurada se acumula y se tiene en cuenta para el Desembolso máximo familiar. Cada Persona asegurada puede contribuir al Desembolso máximo familiar con la cantidad del Desembolso individual. Una vez que se ha alcanzado el Desembolso, la

familia ya no tendrá que pagar ningún Deducible, Coseguro ni Copago por los Gastos cubiertos que se asuman durante el resto de ese Año. Las cantidades del Desembolso máximo individual y familiar se describen en la sección del Programa de beneficios de esta Póliza.

Límites especiales

Es posible que se apliquen límites para ciertos Servicios cubiertos, a través de un máximo anual para la cantidad de visitas, los días o los eventos que la Póliza cubrirá para un tipo específico de servicio. Será su responsabilidad pagar los gastos que asuma y que superen estas cantidades máximas específicas que se describen en esta Póliza. El Programa de beneficios incluye una descripción de todos los Límites especiales que se aplican a los beneficios de esta Póliza. Será su responsabilidad pagar los gastos que asuma y que superen estas cantidades máximas específicas que se describen en esta Póliza.

Beneficios integrales: cobertura de la Póliza

Consulte el Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse a la información que se incluye a continuación.

Para reunir los requisitos para recibir beneficios según esta Póliza, el Proveedor debe estar debidamente autorizado, de acuerdo con las leyes estatales y locales, y tener la acreditación correspondiente para prestar los servicios dentro del ámbito de su licencia y acreditación.

Antes de que esta Póliza de Proveedor participante pague los beneficios, usted y sus Familiares deben alcanzar todos los Deducibles que puedan aplicar. Una vez que alcance los Deducibles correspondientes, comenzaremos a pagar por los Servicios cubiertos, según se describe en esta sección.

Los beneficios que se describen en esta sección se pagarán en concepto de los Gastos cubiertos asumidos en la fecha en que usted y sus Familiares recibieron el servicio o suministro, por el cual se generó el cargo. Estos beneficios están sujetos a todos los términos, las condiciones, los Deducibles, las exclusiones y las limitaciones de esta Póliza. Todos los servicios se pagarán según los porcentajes que se indican en el Programa de beneficios y están sujetos a los límites que se describen en la sección llamada “Cómo funciona la Póliza”.

A continuación, se incluye una descripción general de los suministros y servicios por los cuales la Póliza pagará beneficios, siempre y cuando dichos servicios y suministros sean Necesarios por razones médicas y usted reúna los requisitos para recibirlos, como se describe en esta Póliza.

Nota: Los servicios de un Proveedor no participante (fuera de la red) no están cubiertos, salvo los Servicios de emergencia, como se describe en la sección “Circunstancias especiales” de esta Póliza.

Si está internado en un Hospital, Centro de enfermería especializada o Centro de rehabilitación para pacientes internados el día en que comienza su cobertura, pagaremos los beneficios por Servicios cubiertos que reciba el primer día de cobertura o después y que estén relacionados con esa hospitalización, siempre y cuando reciba Servicios cubiertos de acuerdo con los términos de esta Póliza. Estos beneficios están sujetos a las obligaciones de cualquier compañía de seguros anterior, según la ley estatal o del contrato.

Servicios y suministros brindados por un Hospital o Centro quirúrgico ambulatorio independiente

(Consulte su Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Para cualquier afección que reúna los requisitos, esta Póliza brinda los beneficios indicados en concepto de Gastos cubiertos por lo siguiente:

- Servicios y suministros hospitalarios brindados por el hospital, incluidos los cargos por habitación privada que excedan la tarifa prevalente por una habitación doble, cuando la habitación privada sea Necesaria por razones médicas.
- Servicios y suministros ambulatorios, incluidos aquellos relacionados con los Servicios de emergencia, cirugía ambulatoria y cirugía ambulatoria hecha en un Centro quirúrgico ambulatorio independiente.
- Servicios de laboratorio y radiografías de diagnóstico/terapéuticos.
- Anestesia y terapia por inhalación.

Los pagos de Gastos de pacientes internados cubiertos están sujetos a las siguientes condiciones:

- Los servicios deben ser los que el Hospital o Centro quirúrgico ambulatorio independiente preste y facture habitualmente.
- Los servicios se prestan únicamente durante la cantidad de días necesarios para tratar la Enfermedad o Lesión de la Persona asegurada.

Nota: No se brindará ningún beneficio por objetos de uso personal, como televisión, radio, bandejas de alimentos para visitas, etc.

Servicios para pacientes internados en Otros centros de cuidado de la salud

(Consulte su Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Para cualquier afección elegible que esté autorizada por Cigna, esta Póliza ofrece los beneficios indicados para Gastos cubiertos por servicios para pacientes internados y suministros brindados por Otro centro de cuidado de la salud. El pago de beneficios por servicios de Otro centro de cuidado de la salud está sujeto a todas las siguientes condiciones:

- La Persona asegurada debe ser referida al Otro centro de cuidado de la salud por un Médico.
- Los servicios deben ser los que el Otro centro de cuidado de la salud preste y facture habitualmente.
- Los servicios deben ser coherentes con la Enfermedad, la Lesión, el grado de discapacidad y la necesidad médica. Solo se ofrecen beneficios para la cantidad de días requeridos para tratar la Enfermedad o Lesión, sujetos a cualquier cantidad máxima de días cubiertos por Año, como aparece en el Programa de beneficios de la Póliza.
- Los Servicios cubiertos según este beneficio no se pueden prestar en un entorno menos intensivo, como servicios para pacientes ambulatorios prestados en el hogar.
- La Persona asegurada debe permanecer bajo la supervisión médica activa de un Médico que esté tratando la Enfermedad o Lesión, debido a la cual esta persona se encuentra internada en el Otro centro de cuidado de la salud.

Los servicios cubiertos en Otros centros de cuidado de la salud incluyen los siguientes:

- Servicios de rehabilitación.
- Medicamentos, productos biológicos y suministros que deberán usarse en el Otro centro de cuidado de la salud, junto con otros servicios y suministros Necesarios por razones médicas.

Esta Póliza brinda beneficios de Gastos cubiertos para una habitación privada, si la necesita porque tiene una afección sumamente contagiosa o está más expuesto a contraer una enfermedad contagiosa debido a su afección médica. De otro modo, sus beneficios de paciente internado cubrirían los cargos de la tarifa de una habitación semiprivada en el centro. Si elige ocupar una habitación privada, usted será responsable de pagar la diferencia de tarifa diaria entre la habitación semiprivada prevalente y la privada, además del Copago y el Coseguro (si los tiene).

Nota: No se brindará ningún beneficio por:

- elementos de uso personal, como televisión, radio, bandejas de alimentos para visitas, etc.;
- hospitalizaciones en Otro centro de cuidado de la salud que excedan la cantidad máxima de días cubiertos por Año.

Servicios de atención de enfermos terminales

(Consulte su Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Esta Póliza brinda beneficios de Gastos cubiertos para Servicios de atención de enfermos terminales según el Programa de atención de enfermos terminales para las Personas aseguradas que tienen una Enfermedad terminal y para sus familias, incluidos los servicios paliativos, los servicios de cuidado de la salud de apoyo, los servicios de enfermería y otros servicios de salud a domicilio o atención para pacientes internados, y asesoramiento por duelo para las familias por hasta 12 meses después del fallecimiento de la Persona asegurada con enfermedad terminal.

Para reunir los requisitos para recibir este beneficio, el Proveedor de Servicios de atención de enfermos terminales debe estar debidamente autorizado, de acuerdo con las leyes estatales y locales, para prestar Servicios de enfermería especializada y otros servicios, destinados a ayudar y cuidar a personas que tienen una Enfermedad terminal. El Proveedor también debe estar autorizado para brindar atención a Pacientes terminales por Medicare y la Comisión Conjunta para la Acreditación de las Organizaciones de Salud, o bien, por el organismo correspondiente del estado en el cual se vende la Póliza.

Para reunir los requisitos para recibir los beneficios de un Programa de atención de enfermos terminales, la Persona asegurada debe tener una Enfermedad terminal confirmada por su Médico. Es necesario que se nos envíe una notificación por escrito.

El Médico debe prestar su consentimiento para el Programa de atención de enfermos terminales y debe ser consultado para la elaboración de un plan de tratamiento.

Los servicios y suministros que se mencionan a continuación son Servicios cubiertos, siempre y cuando los brinde un Centro para enfermos terminales y estén destinados al cuidado paliativo del dolor y otros síntomas asociados con una Enfermedad terminal. A efectos de este beneficio, el cuidado paliativo hace referencia a la atención destinada a controlar el dolor y aliviar los síntomas, pero que no pretende curar una Enfermedad terminal. Los Servicios cubiertos incluyen los siguientes:

- Atención por parte de un equipo interdisciplinario, incluida la elaboración y el mantenimiento de un plan de atención adecuado.
- Atención para pacientes internados a corto plazo, cuando sea necesaria en períodos de crisis o como atención de relevo.
- La cobertura incluye atención para pacientes internados a corto plazo, tanto la atención de relevo, como los procedimientos necesarios para controlar el dolor y manejar los síntomas agudos crónicos. A efectos de este beneficio, la atención de relevo hace referencia a la atención primaria para pacientes internados para la Persona asegurada, para brindarle al cuidador principal de la Persona asegurada un descanso temporal de sus responsabilidades como cuidador.
- Servicios de enfermería especializada, servicios de asistencia médica en el hogar y servicios de tareas domésticas brindados por una enfermera registrada o bajo su supervisión. Servicios sociales y de asesoramiento por parte de un trabajador social autorizado. Apoyo nutricional que incluye alimentación intravenosa y sondas nasogástricas. Servicios de fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del lenguaje y terapia respiratoria brindados por un terapeuta autorizado.
- Productos farmacéuticos, equipos médicos y suministros necesarios para el control del dolor y el cuidado paliativo de la afección de la Persona asegurada, incluidos el oxígeno y los suministros necesarios para la terapia respiratoria.
- Servicios de luto (duelo), que incluyen una revisión de las necesidades de la familia de luto y la elaboración de un plan de atención que cubra dichas necesidades, tanto antes como después de la muerte de la Persona asegurada. Los servicios de luto están disponibles para los familiares cercanos sobrevivientes, durante un año después de la muerte de la Persona asegurada.

A efectos de este beneficio, un familiar cercano hace referencia a todos los Familiares cubiertos por esta Póliza.

Servicios profesionales y de otro tipo

(Consulte su Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Esta Póliza brinda beneficios para Gastos cubiertos asumidos en concepto de lo siguiente:

- Servicios brindados por un Médico.
- Servicios brindados por un anestesista.
- Servicios ambulatorios de laboratorio y radiología de diagnóstico.
- Terapia de radiación, quimioterapia y tratamiento de hemodiálisis.
- Implantes quirúrgicos, excepto los dentales y aquellos cuyos fines sean estéticos.
- Procedimientos quirúrgicos para esterilización (es decir, vasectomía o ligadura de trompas).
- Servicios para revertir una esterilización no voluntaria como consecuencia de una Enfermedad o Lesión.
- Prótesis/aparatos o dispositivos protésicos, prótesis ortopédicas u oculares.
- Los dispositivos protésicos/médicos internos que brindan soporte funcional interno permanente o transitorio para partes del cuerpo no funcionales están cubiertos. La reparación, el mantenimiento o el reemplazo Necesarios por razones médicas de un aparato cubierto también tienen cobertura.
- Transfusiones de sangre, incluidos el procesamiento de la sangre y el costo de la sangre y los hemoderivados no reemplazados.
- Los Medicamentos de especialidad inyectables y para infusión con receta pueden necesitar una Autorización previa o una precertificación.

Corrección de la vista después de una cirugía o un accidente

(Consulte su Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

El primer par de lentes de contacto o el primer par de anteojos, cuando sean necesarios debido a una Lesión o cirugía en el ojo, y el reemplazo de los lentes de contacto o anteojos, además del examen correspondiente, cuando el cambio necesario está relacionado con la Lesión o la cirugía.

Esta Póliza brinda beneficios para Gastos cubiertos asumidos en concepto de lo siguiente:

- Anteojos “pinhole” o estenopeicos, según se receten después de la cirugía debido a un desprendimiento de retina.
- Lentes, siempre que se receten en lugar de una cirugía, debido al uso de lentes de contacto para el tratamiento del glaucoma infantil.
- Lentes esclerales recetados para mantener la humedad del ojo cuando el lagrimeo no existe o es deficiente.
- Lentes corneales o esclerales, según sean necesarios para reducir una irregularidad en la córnea que no sea astigmatismo.

Cirugía

(Consulte su Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Esta Póliza brinda beneficios por servicios quirúrgicos ambulatorios y para pacientes internados, incluidas las cirugías en el consultorio. Los Servicios cubiertos incluyen los siguientes:

- Procedimientos quirúrgicos y con incisión admitidos.

- Cirugías y procedimientos para corregir anomalías congénitas que provocan deterioro funcional y anomalías congénitas en niños recién nacidos.
- Otros procedimientos invasivos, como la angiografía, la arteriografía, la amniocentesis, la punción en el cerebro o la columna vertebral.
- Exámenes endoscópicos, como la artroscopia, la broncoscopia, la colonoscopia o la laparoscopia.
- Tratamiento de fracturas y luxaciones.
- Anestesia y apoyo quirúrgico cuando sean Necesarios por razones médicas.
- Agujas y jeringas hipodérmicas, apósitos quirúrgicos, férulas.
- Atención pre y posquirúrgica necesaria por razones médicas.

Cirugía reconstructiva

(Consulte su Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Esta Póliza brinda beneficios por Cirugía reconstructiva para corregir deformidades significativas provocadas por anomalías congénitas o del desarrollo, Enfermedades, Lesiones o un tratamiento previo, para lograr un aspecto más normal. Los Servicios cubiertos incluyen la cirugía para restablecer la simetría después de una mastectomía. Los servicios reconstructivos necesarios como resultado de un tratamiento previo están cubiertos si el primer tratamiento hubiera sido un Servicio cubierto según esta Póliza.

Nota: Esta sección no aplica a la cirugía ortognática. Para averiguar sobre ese beneficio, consulte la sección “Cirugía oral”.

Aviso sobre la mastectomía

Una Persona asegurada que necesita Servicios reconstructivos para una mastectomía o atención de seguimiento debido a una mastectomía y elige la reconstrucción mamaria, también tendrá cubiertos los siguientes servicios:

- Reconstrucción de la mama en la cual se hizo la mastectomía.
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para lograr un aspecto simétrico.
- Prótesis y tratamientos de problemas físicos durante todas las etapas de la mastectomía, incluidos los linfedemas.

Los servicios estarán cubiertos como cualquier servicio médico según esta Póliza.

Servicios de diagnóstico

(Consulte su Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Esta Póliza brinda beneficios para pruebas o procedimientos destinados a descubrir o controlar una afección cuando hay síntomas específicos, como también beneficios para la interpretación de pruebas de diagnóstico, como pruebas de diagnóstico por imágenes, informes anatomopatológicos y pruebas cardiológicas. Es necesario que a las pruebas las indique un Médico y deben incluir servicios de diagnóstico indicados antes de una cirugía u hospitalización. Los beneficios incluyen los siguientes servicios:

Servicios de pruebas de diagnóstico por imágenes y pruebas de diagnóstico electrónicas.

- Radiografías/servicios habituales de pruebas de diagnóstico por imágenes.
- Radiología (incluidas las mamografías), ecografías o medicina nuclear.
- Electrocardiogramas (ECG).
- Electroencefalografía (EEG).
- Ecocardiografías.

- Pruebas de audición y visión debido a una afección médica o lesión (no para pruebas de detección ni cuidado preventivo).
- Pruebas indicadas antes de una cirugía u hospitalización.

Servicios de pruebas de diagnóstico por imágenes avanzadas.

Los beneficios también están disponibles para servicios de pruebas de diagnóstico por imágenes avanzadas, que incluyen, entre otros, los siguientes:

- Tomografía computarizada (TC).
- Angiotomografía (AngioTAC).
- Resonancia magnética (RM).
- Angiografía por resonancia magnética (ARM).
- Espectroscopia por resonancia magnética (ERM).
- Cardiología nuclear.
- Tomografía por emisión de positrones (TEP).
- TEP/TC.
- Densitometría ósea por tomografía computarizada cuantitativa (TCC).
- Colonografía por TC de diagnóstico.
- Tomografía computarizada de emisión monofotónica (SPECT, por sus siglas en inglés).

La lista de servicios de pruebas avanzadas de diagnóstico por imágenes puede cambiar a medida que cambian las tecnologías médicas.

Nota: Es posible que los servicios requieran autorización previa.

Terapia de radiación

(Consulte su Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Esta Póliza brinda beneficios para el tratamiento de una enfermedad mediante radiografía, radio o radioisótopo. Los Servicios cubiertos incluyen el tratamiento (teleterapia, braquirradioterapia y radiación intraoperatoria, partículas fotónicas o de alta energía), los materiales y suministros necesarios, la administración y la planificación del tratamiento. La terapia de radiación de protones no se considerará como una fuente de evidencia clínica mayor que cualquier otro tipo de terapia de radiación para el tratamiento del cáncer.

Terapia respiratoria

(Consulte su Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Esta Póliza brinda beneficios para el uso de gases secos o húmedos en los pulmones, el tratamiento de inhalación sin presurización; el tratamiento de respiración con presión positiva intermitente, el uso de aire u oxígeno, con o sin medicación nebulizada, la ventilación con presión positiva continua (CPAP, por sus siglas en inglés); la ventilación con presión negativa continua (CNP, por sus siglas en inglés); la percusión torácica; el uso terapéutico de gases médicos o medicamentos en forma de aerosoles, y equipos como bolsas de reanimación, tienda de oxígeno y espirómetros de incentivo; drenaje broncopulmonar y ejercicios de respiración.

Terapia de infusión

(Consulte su Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Esta Póliza brinda beneficios para servicios de enfermería, Equipo médico duradero y medicamentos, los cuales se le administran mediante una vía intravenosa en el hogar. Los servicios también incluyen alimentación parenteral total (TPN, por sus siglas en inglés), terapia de alimentación por sonda nasogástrica, tratamientos antibióticos, tratamientos para el dolor y quimioterapia como tratamiento de una Enfermedad mediante antineoplásicos químicos o biológicos. Los servicios pueden incluir inyecciones (intramusculares, subcutáneas, continuas subcutáneas). Consulte la sección “Medicamentos con receta y Medicamentos de especialidad cubiertos como beneficios médicos” para obtener más detalles.

Diálisis

(Consulte su Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Esta Póliza brinda beneficios para la insuficiencia renal aguda y la insuficiencia renal crónica (terminal), incluida la hemodiálisis, la diálisis peritoneal intermitente (IPD, por sus siglas en inglés) en el hogar, la diálisis peritoneal cíclica continua (CCPD, por sus siglas en inglés) en el hogar y la diálisis peritoneal ambulatoria continua (CAPD, por sus siglas en inglés) en el hogar. Los Servicios cubiertos incluyen los tratamientos con diálisis en un centro ambulatorio de diálisis o en el consultorio del médico. Los Servicios cubiertos también incluyen la diálisis en el hogar y capacitación para usted y la persona que lo ayudará a dializarse en el hogar.

Equipo médico duradero

(Consulte su Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Esta Póliza brinda beneficios para el Equipo médico duradero y los dispositivos médicos, siempre y cuando el equipo cumpla con los siguientes criterios:

- Está destinado para uso reiterado y no es desechable.
- Se usa con un propósito médico y no será útil una vez que desaparezca la necesidad médica.
- Está destinado para su uso fuera de un centro médico.
- Es solo para uso del paciente.
- Se ha fabricado para satisfacer un uso médico.
- Está indicado por un médico.

Los beneficios incluyen únicamente equipos y dispositivos que se comprarán (p. ej., muletas y equipos personalizados), equipos y dispositivos para comprar o alquilar para comprar (p. ej., camas de hospital y sillas de ruedas), además de equipos y dispositivos de alquiler ininterrumpido (p. ej., concentrador de oxígeno, respirador y dispositivos para el tratamiento de heridas con presión negativa). El equipo de alquiler ininterrumpido debe ser aprobado por Cigna. Cigna puede limitar la cantidad de cobertura para el equipo de alquiler ininterrumpido. Es posible que la cantidad que cubra Cigna por costos de alquiler no sea mayor que el costo de compra del equipo.

Los beneficios incluyen los costos de reparación y reemplazo, así como también los suministros y equipos necesarios para el uso de los equipos o dispositivos, por ejemplo, la batería de una silla de ruedas motorizada.

El oxígeno y el equipo necesario para su administración también son Servicios cubiertos. Los beneficios también están disponibles para los implantes cocleares.

Nota: El equipo y los suministros médicos deben cumplir con todas las normas mencionadas anteriormente para poder reunir los requisitos y recibir los beneficios según esta Póliza. El hecho de que un médico recete o indique un equipo o suministro, no significa que este necesariamente reúne los requisitos para el pago. La cobertura del Equipo médico duradero se limita a la alternativa de menor costo.

Cigna determina si el artículo reúne estas condiciones y si pertenece a la categoría de equipo de alquiler o compra. Las Personas aseguradas pueden apelar la decisión de Cigna. Consulte la sección de la Póliza llamada "Qué hacer cuando tiene una queja o apelación".

Suministros médicos y quirúrgicos

Esta Póliza incluye la cobertura de suministros médicos y quirúrgicos que son Necesarios por razones médicas, se usan únicamente con un propósito médico y una sola vez, y se compran (no se alquilan). Los suministros cubiertos incluyen jeringas, agujas, apósitos quirúrgicos, Férulas y otros elementos similares que solo se usan con un propósito médico. Los Servicios cubiertos no incluyen artículos que, con frecuencia, se almacenan en el hogar para uso general, como vendas adhesivas, termómetros y vaselina, pomadas o cremas.

Aparatos y dispositivos protésicos

(Consulte su Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Esta Póliza también incluye beneficios para prótesis y componentes Necesarios por razones médicas para asistir con las actividades de la vida cotidiana. Un dispositivo protésico es un sustituto artificial que reemplaza, total o parcialmente, un miembro o una parte del cuerpo, como un brazo, una pierna, un pie o un ojo. También está incluida la cobertura para la reparación, la colocación, el ajuste y el reemplazo de un dispositivo protésico. Además, se cubren los componentes para las prótesis ortopédicas. Los componentes son los materiales y el equipo necesarios para garantizar la comodidad y el funcionamiento del dispositivo protésico.

Los Servicios cubiertos pueden incluir, entre otros, los siguientes:

- 1) prótesis ortopédicas y componentes (los materiales y el equipo necesarios para garantizar la comodidad y el funcionamiento del dispositivo protésico);
- 2) prótesis mamaria (sea interna o externa) tras una mastectomía, según lo exige la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer;
- 3) bolsa colectora y otros suministros para ostomía (construcción quirúrgica de una abertura artificial) directamente relacionados con el cuidado de estomas.
- 4) prótesis de restauración (prótesis facial combinada);
- 5) pelucas para la etapa posterior al tratamiento contra el cáncer.

A continuación, se detallan los aparatos y dispositivos protésicos externos que están específicamente **excluidos**:

- Mejoras eléctricas internas y externas, o controles eléctricos para prótesis de extremidades y dispositivos protésicos terminales.
- Estimuladores de los nervios periféricos mediante prótesis mioeléctricas.

Dispositivos ortopédicos

(Consulte su Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Esta Póliza brinda beneficios para ciertos tipos de dispositivos ortopédicos (ortesis, botas, Férulas). Los Servicios cubiertos incluyen la compra inicial, la colocación y la reparación de un dispositivo de apoyo hecho a medida, estático o semiestático, y que se usa para sostener, alinear, prevenir o corregir deformidades, o para mejorar la función de las partes móviles del cuerpo, o bien, para limitar o evitar el movimiento de una parte del cuerpo débil o enferma.

Servicios de ambulancia

(Consulte su Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Esta Póliza brinda beneficios para Gastos cubiertos asumidos en concepto de lo siguientes servicios de ambulancia:

- El cargo básico, el millaje y los suministros no reutilizables de una compañía de ambulancias autorizada para prestar servicio de transporte terrestre, aéreo o acuático, hacia un Hospital o Centro de enfermería especializada, o desde estos establecimientos a otro lugar.
- El monitoreo, los electrocardiogramas (ECG), la desfibrilación cardíaca, la reanimación cardiopulmonar (RCP) y la administración de oxígeno y soluciones intravenosas (i.v.) en relación con el servicio de ambulancia. Es obligatorio que una persona debidamente autorizada preste estos servicios.

El traslado en ambulancia está cubierto para situaciones de emergencia, al centro más cercano que pueda manejar la emergencia, o bien, traslados Necesarios por razones médicas únicamente desde un centro médico a otro.

Cuando recibamos una asignación de beneficios por parte de un Proveedor de servicios de ambulancia, le reembolsaremos los beneficios directamente al Proveedor de los servicios.

Servicios habilitativos y de rehabilitación

(Consulte su Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Esta Póliza brinda beneficios para los servicios terapéuticos que se describen a continuación. Estos Servicios cubiertos se definen en la sección “Definiciones” de esta Póliza, bajo el título “Servicios de rehabilitación” y “Servicios habilitativos”. Los Servicios cubiertos incluyen los siguientes:

Fisioterapia: es el tratamiento a través de medios físicos destinado a aliviar el dolor, restablecer la salud y evitar una discapacidad luego de una enfermedad, lesión o pérdida de un brazo o una pierna. Incluye hidroterapia, calor, agentes físicos, y principios y dispositivos biomecánicos y neurofisiológicos.

Servicios de terapia del lenguaje y logopedia (SLP, por sus siglas en inglés): servicios destinados a identificar, evaluar y tratar los trastornos del habla y el lenguaje, y las dificultades para la deglución en niños y adultos. La terapia se centrará en desarrollar o tratar las habilidades para la comunicación o la capacidad para deglutir, para corregir un trastorno del habla.

Terapia ocupacional: tratamiento que recibe una persona incapacitada físicamente y cuyo objetivo es restablecer su habilidad para hacer las actividades de la vida cotidiana, como caminar, comer, beber, vestirse, ir al baño, trasladarse desde la silla de ruedas a la cama y bañarse. También incluye la terapia

destinada a facilitar las tareas necesarias para que la persona realice su trabajo. La terapia ocupacional no incluye la ludoterapia ni la terapia vocacional, como pasatiempos, artes y oficios.

Quiropráctica/osteopatía/terapia de manipulación: incluye terapias para tratar problemas de los huesos, las articulaciones y la espalda. Ambas terapias son similares, pero la quiropráctica se centra en las articulaciones de la columna vertebral y el sistema nervioso, mientras que la osteopatía también se centra en las articulaciones y los músculos, tendones y ligamentos circundantes.

Servicios para la rehabilitación cardíaca y pulmonar

(Consulte su Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Esta Póliza brinda beneficios para Gastos cubiertos asumidos para rehabilitación pulmonar y rehabilitación cardíaca de Fase II brindadas de manera ambulatoria, luego de recibir un diagnóstico de una afección cardíaca que reúne los requisitos, cuando son Necesarias por razones médicas. Fase II es un programa hospitalario ambulatorio al que se someten los pacientes después del alta hospitalaria. El programa de Fase II debe ser dirigido por un Médico, con monitoreo activo del tratamiento y del ECG.

El programa de fase II debe ser dirigido por un médico con un tratamiento activo y debe incluir una evaluación médica, capacitación, ejercicios supervisados, monitoreo del ECG y apoyo psicosocial. Los servicios no se brindarán para programas en el hogar (fuera de los servicios de cuidado de la salud a domicilio), acondicionamiento permanente y atención de mantenimiento.

Nota: La rehabilitación cardíaca de Fase III y Fase IV no está cubierta. La Fase III sigue a la Fase II y, en general, se hace en un centro recreativo, principalmente para mantener el estado que el paciente alcanzó a través de las Fases I y II. La Fase IV es una modalidad avanzada de la Fase III que incluye una participación más activa y entrenamiento con peso.

Servicios para trastornos mentales, emocionales o nerviosos funcionales (incluidos los trastornos alimentarios) y trastornos asociados al consumo de sustancias (Consulte el Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Al mismo nivel que otros tratamientos comparativos para cualquier otra Enfermedad o Lesión, esta Póliza brinda beneficios para lo siguiente:

Servicios para pacientes internados. La cobertura incluye psicoterapia individual, psicoterapia grupal, pruebas y ayuda psicológicas con la ayuda de los Familiares para determinar el diagnóstico y tratamiento del paciente, y tratamiento convulsivo, desintoxicación y tratamiento de rehabilitación; cargos profesionales de la hospitalización en cualquier hospital o centro que exija la ley estatal.

Servicios ambulatorios. La cobertura incluye el diagnóstico y el tratamiento de trastornos psiquiátricos, psicoterapia individual y grupal, pruebas psicológicas, visitas al consultorio, cargos del Médico y del centro ambulatorio, y controles de la administración de medicamentos.

Servicios de hospitalización parcial o de jornada parcial. Incluyen servicios brindados por un programa de tratamiento diurno o nocturno autorizado o aprobado que emplea modalidades de tratamientos de rehabilitación de diagnóstico, médicas, psiquiátricas y psicosociales importantes, diseñadas para pacientes con trastornos mentales, emocionales o nerviosos, y que tienen problemas con las drogas o el alcohol, y que necesitan un tratamiento coordinado, intensivo, integral e interdisciplinario. Dicho programa deberá brindar un tratamiento por un período de seis horas continuas por día o más a personas o grupos de personas que no están hospitalizadas. Este término también debe incluir los programas ambulatorios

intensivos que tratan problemas con las drogas o el alcohol, y que brindan tratamiento durante un período de tres horas continuas por día o más a personas o grupos de personas que no están hospitalizadas.

Tratamiento en el hogar. Está indicado para trastornos de salud mental y aquellos asociados al consumo de sustancias, y se brinda en un hospital o centro de tratamiento autorizado para brindar un programa de tratamiento y rehabilitación continuo y estructurado, incluida la atención de enfermería las 24 horas del día. El tratamiento individualizado e intensivo incluye la observación y la evaluación por parte de un psiquiatra, todas las semanas como mínimo, además de rehabilitación, terapia, educación y actividades recreativas o sociales.

Cuidado de maternidad y durante el embarazo

(Consulte el Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Su Póliza brinda beneficios de atención durante el embarazo y después del parto, servicios profesionales y en centros de atención para el parto, que incluyen el uso de la sala de partos, anestesia y atención para partos normales, en un centro o en el hogar, además de los servicios de una enfermera partera debidamente autorizada para usted y sus Familiares.

Todos los beneficios integrales que se describen en esta Póliza están disponibles para los servicios de maternidad. Los beneficios hospitalarios integrales para el cuidado neonatal de rutina de un recién nacido están disponibles, siempre y cuando el niño sea un Dependiente que reúne los requisitos, según la definición que se encuentra en la sección de esta Póliza llamada “¿Quiénes reúnen los requisitos para recibir cobertura?”.

La madre y el recién nacido tienen derecho, según las leyes federales, a recibir cobertura hospitalaria por un período de 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones; y por un período de 96 horas después de un parto mediante cesárea sin complicaciones. Si la madre y el médico toman la decisión de disponer el alta de la madre o del recién nacido del hospital antes de que concluya el período de 48 o 96 horas, estará disponible de manera oportuna una cobertura de atención después del parto.

No limitaremos los beneficios con respecto a la duración de las hospitalizaciones relacionadas con el parto, tanto para la madre como para el recién nacido, a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o a menos de 96 horas después de un parto por cesárea; ni le exigiremos a un Proveedor que obtenga una Autorización previa para indicar una hospitalización cuya duración no supere los períodos indicados anteriormente. Sin embargo, es posible que brindemos beneficios para una estancia más corta si el proveedor a cargo del cuidado (*p. ej.*, el médico, la partera), luego de consultarlo con la madre, les da el alta antes de tiempo a la madre o al recién nacido.

Esta Póliza brinda beneficios debido a complicaciones del embarazo. Los beneficios están disponibles para otros tipos de cuidado de maternidad y durante el embarazo, como se indica en la sección “Cuidado de maternidad y durante el embarazo”.

Los cargos por suministros para la lactancia, incluido un sacaleches por embarazo, o por apoyo y asesoramiento están cubiertos sin Copagos/Coseguros ni Deducibles, mientras dure la lactancia. Dichos servicios serán coherentes con los protocolos y las pautas elaborados por los Proveedores a cargo de la atención o por organizaciones profesionales pediátricas, obstétricas y de enfermería nacionales para estos servicios, y deberán ser prestados por personal de cuidado de la salud debidamente autorizado y capacitado en atención postparto para la madre y atención pediátrica para el recién nacido.

Los servicios posnatales para el bebé incluyen pruebas de detección de hemoglobinopatías; medicamentos profilácticos contra la gonorrea; pruebas de detección de hipotiroidismo, prueba de detección de la

fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés) y de la incompatibilidad Rh; además de exámenes fetales, es decir, pruebas genéticas y cromosómicas del feto.

También se brindan beneficios para una visita en el hogar al recién nacido o visitas que deben respetar el criterio médico, el cual se detalla en la versión más actualizada, o actualización oficial, de la “Guía para el cuidado perinatal”, elaborada por la Academia Estadounidense de Pediatría y el Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos, o en las “Normas para los servicios de obstetricia y ginecología”, elaboradas por el Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos. Dicha cobertura se debe brindar respetando cualquier cambio que se haya incorporado en la guía o las normas mencionadas anteriormente, dentro de los seis meses después de su publicación, o de cualquier cambio que se haya hecho.

También se brindan beneficios para servicios relacionados con un aborto terapéutico, siempre que lo recomiende un Médico debido a las siguientes afecciones: cuando la vida de la madre corre peligro debido a un trastorno, una enfermedad o una lesión de naturaleza física, incluida una afección física que ponga en peligro la vida y esté provocada por el embarazo, o surja a raíz de este, o bien, cuando el embarazo sea el resultado de un supuesto acto de violación o incesto.

Tratamiento para la esterilidad

(Consulte el Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Esta Póliza brinda beneficios para Gastos cubiertos, incluidos los servicios para diagnosticar y tratar afecciones que provoquen esterilidad. Tenga en cuenta que el tratamiento para la esterilidad, como la fecundación in vitro y otros tipos de medios de concepción artificiales o quirúrgicos, junto con los procedimientos y medicamentos asociados, no están cubiertos.

Hospitalización por histerectomía

(Consulte el Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Esta Póliza brinda beneficios para la histerectomía vaginal asistida por laparoscopia y la histerectomía vaginal. La cobertura incluye beneficios para una estancia mínima en el hospital de no menos de 23 horas para una histerectomía vaginal asistida por laparoscopia, y no menos de 48 horas para una histerectomía vaginal, como indican las pautas de Milliman & Robertson de reconocimiento nacional. Una estancia más corta es admisible, siempre y cuando el Médico a cargo del cuidado, luego de consultarle a la Persona asegurada, determine que una estancia más corta en el hospital es apropiada.

Servicios de cuidado preventivo

(Consulte su Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

La Póliza le brinda beneficios para servicios de cuidado preventivo de rutina sin costo compartido. Se pagarán los Gastos cubiertos por servicios de cuidado preventivo, incluidos los siguientes:

- Exámenes físicos de rutina, que incluyen orientación y asesoramiento sobre el trastorno asociado al consumo de sustancias, el abuso de alcohol, el tabaquismo, la obesidad, el ejercicio, además de asesoramiento nutricional/sobre alimentación saludable.
- Dos intentos para dejar de fumar (máximo de 4 sesiones de asesoramiento por cada intento); los Medicamentos con receta incluidos en el tratamiento para dejar de fumar están cubiertos por el beneficio de Medicamentos con receta.

- Mamografía, prueba de Papanicoláu y examen de antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés) anuales.
- Artículos o servicios de calificación A o B, según las recomendaciones actuales del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF, por sus siglas en inglés).
- Vacunaciones recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.
- Vacunas antigripales (incluida la administración).
- En el caso de bebés, niños y adolescentes, cuidado preventivo y exámenes de detección basados en evidencia y cobertura de suplementos de fluoruro, quimiopprofilaxis y hierro, contemplados en las pautas integrales avaladas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud, incluidos los siguientes:
 - registro médico;
 - medidas del IMC;
 - riesgos de la salud bucal;
 - pruebas de detección del autismo (18 y 24 meses);
 - desarrollo;
 - presión arterial;
 - evaluaciones sobre el consumo de alcohol y drogas;
 - exámenes del comportamiento;
 - prueba de detección de la depresión;
 - displasia cervical;
 - dislipidemia;
 - hematocrito o hemoglobina;
 - pruebas de detección de la hepatitis, la hepatitis B, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y plomo;
 - prueba de detección y asesoramiento sobre la obesidad;
 - prueba de detección y asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual (STI, por sus siglas en inglés).
- La atención posnatal para los recién nacidos incluirá lo siguiente:
 - Exámenes de audición y todos los exámenes audiológicos que indique el Médico a cargo del cuidado. Esto incluye exámenes audiológicos de seguimiento recomendados por el Médico para confirmar la pérdida de la audición.
 - Evaluaciones y mediciones del comportamiento.
 - Exámenes para controlar la presión arterial, detectar hemoglobinopatías, hipotiroidismo y PKU, además de medicamentos profilácticos contra la gonorrea.
 - Servicios y aparatos dentales para un recién nacido cuando sean necesarios para tratar el labio leporino, la hendidura del paladar o la displasia ectodérmica diagnosticados por un médico.

En www.healthcare.gov encontrará información detallada.

Nota: Los Servicios cubiertos no incluyen exámenes, atención, pruebas de detección de rutina ni vacunaciones necesarias para un viaje (medicamentos usados para profilaxis en caso de viajes, excepto medicamentos contra la malaria), el trabajo, la escuela o la práctica de deportes.

Cuidado preventivo para la mujer

(Consulte el Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Se pagarán los Gastos cubiertos para los servicios de cuidado de la salud preventivo que se mencionan a continuación:

- Servicios de obstetricia y ginecología brindados por Proveedores calificados, para la atención relacionada con el aparato reproductor femenino y las mamas, y para pruebas de detección anuales, asesoramiento y vacunaciones para trastornos y enfermedades, de acuerdo con las recomendaciones más actuales del Colegio estadounidense de Obstetras y Ginecólogos. Los servicios ginecológicos incluyen la cobertura de pruebas de detección del cáncer de cuello uterino y exámenes de control para detectar el cáncer ovárico.
- La prueba de detección del cáncer de cuello uterino incluye exámenes y análisis de laboratorio para la detección temprana del cáncer de cuello uterino. Los exámenes y análisis de laboratorio hacen referencia a la prueba de Papanicoláu habitual, a la citología en base líquida y a métodos de detección del papilomavirus humano (PVH), en el caso de las mujeres que reciben resultados dudosos de los análisis citológicos cervicouterinos; exámenes que han sido aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos. Los exámenes de control se reservan para las mujeres que corren riesgo de padecer cáncer ovárico. La frase “riesgo de padecer cáncer ovárico” significa:
 - tener antecedentes familiares con al menos un pariente de segundo grado con cáncer ovárico; y un segundo pariente, ya sea de segundo o tercer grado, con cáncer de mama, ovario o cáncer colorrectal hereditario no asociado a poliposis; o bien,
 - recibir un resultado positivo de la prueba de detección del síndrome hereditario de cáncer ovárico.

A efectos de este beneficio, los “Exámenes de control” hacen referencia a las pruebas de detección anuales como la ecografía transvaginal y la exploración ginecológica recto-vaginal.

- Cargos por mamografías, incluidos los siguientes: (a) una mamografía inicial, (b) una mamografía cada dos años (c) o una mamografía todos los años, siempre y cuando sea Necesaria por razones médicas, y (d) la interpretación del Médico de los resultados de los análisis de laboratorio. Las mamografías se pueden hacer con más frecuencia si así lo recomienda el Médico, debido a que la mujer tiene antecedentes personales de cáncer de mama o una enfermedad mamaria benigna confirmada mediante una biopsia, un familiar de sexo femenino ha tenido cáncer de mama o la mujer no ha dado a luz antes de los 30 años.
- Para las mujeres, el cuidado preventivo y las pruebas de detección preventivas adicionales incluyen lo siguiente:
 - Medicamentos y dispositivos anticonceptivos, incluido el DIU.
 - Tratamientos de esterilización voluntarios o reversión de una esterilización resultado de una Enfermedad o Lesión, contemplados en las pautas integrales avaladas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud.
 - Evaluación del riesgo de padecer cáncer de mama y pruebas genéticas (BRCA, por sus siglas en inglés).
 - Asesoramiento sobre pruebas genéticas para el cáncer de mama (BRCA), quimiopprofilaxis del cáncer de mama, violencia familiar e interpersonal y STI.
 - Evaluación para detectar casos de violencia familiar e interpersonal.
 - PVH, infecciones de transmisión sexual (STI) y prueba de detección del VIH.
 - Examen de detección de la osteoporosis.

- Examen de incontinencia urinaria anual, ya sea que la mujer tenga incontinencia urinaria y si esto afecta sus actividades y calidad de vida. Las mujeres deben obtener una referencia para ser evaluadas en mayor profundidad y recibir tratamiento si se indica.
- Exámenes fetales prenatales para mujeres embarazadas, para averiguar el estado genético o cromosómico del feto. También incluyen pruebas anatómicas, bioquímicas o biofísicas para definir las probabilidades de anomalías genéticas o cromosómicas. Cubre exámenes para detectar anemia, diabetes gestacional, hepatitis B, incompatibilidad Rh e infecciones urinarias y de otro tipo. También cubre suplementos de ácido fólico y servicios de intervención y asesoramiento ampliados sobre consumo de tabaco.
- Examen de detección de diabetes mellitus posnatal para mujeres con antecedentes de diabetes mellitus gestacional que no están embarazadas en este momento y que no han sido diagnosticadas previamente con diabetes de tipo 2. Las pruebas iniciales se deben hacer dentro del primer año posparto y se pueden hacer tan pronto como 4-6 semanas posparto. Las mujeres con un resultado negativo en el examen de detección inicial posparto se deben volver a evaluar, al menos, cada tres años durante un mínimo de diez años después del embarazo. Para las mujeres con un resultado positivo en el examen de detección posparto se indica una prueba para confirmar el diagnóstico de la diabetes, sin importar la prueba inicial (p. ej. prueba oral de tolerancia a la glucosa, prueba de glucemia en ayunas o hemoglobina A1c). Se indica la repetición de las pruebas en mujeres cuya hemoglobina A1c fue evaluada en los primeros seis meses posparto, sin importar el resultado.

En <https://www.hrsa.gov/womensguidelines/> encontrará información detallada.

Cuidado preventivo para adultos

(Consulte el Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Se pagarán los Gastos cubiertos para los servicios y exámenes de cuidado de la salud preventivo que se mencionan a continuación:

- Examen de antígeno prostático específico (PSA) o exámenes equivalentes para detectar la presencia de cáncer de próstata, además de la visita al consultorio y el examen físico asociados con este examen, cuando lo indique el Médico o la enfermera de la Persona asegurada. A efectos de esta sección, el “Examen PSA” hace referencia al análisis de una muestra de sangre para determinar el nivel del antígeno prostático específico.
- Se cubrirán los cargos del examen de detección de cáncer colorrectal, específicamente el examen anual de sangre oculta en heces, la sigmoidoscopia flexible o la colonoscopia o, en circunstancias apropiadas, las exploraciones radiológicas, de acuerdo con las recomendaciones más recientes publicadas por el Colegio Estadounidense de Gastroenterología, en colaboración con la Sociedad Estadounidense de Lucha contra el Cáncer, para las edades, los antecedentes familiares y las frecuencias que se citan en dichas recomendaciones.
- También se cubren los servicios preventivos para lo siguiente:
 - examen para detectar el aneurisma aórtico abdominal;
 - evaluación y asesoramiento sobre el abuso de alcohol;
 - prueba de detección de hipertensión arterial;
 - prueba de detección de la diabetes de tipo 2;
 - evaluación del colesterol;
 - prueba de detección y asesoramiento sobre la depresión;

- prueba de detección de la hepatitis B y C;
- prueba de detección y asesoramiento sobre la obesidad;
- evaluación y asesoramiento sobre la alimentación;
- prueba de detección de cáncer de pulmón y asesoramiento;
- prueba de detección del VIH;
- examen de prevención de sífilis y otras infecciones de transmisión sexual y asesoramiento;
- evaluación y asesoramiento sobre el consumo de tabaco, productos para dejar de fumar, incluidos los parches de nicotina y la goma de mascar, cuando se obtienen mediante una receta médica (consulte la sección “Beneficios de Medicamentos con receta” de esta Póliza);
- aspirina para prevenir enfermedades cardiovasculares.

Pruebas genéticas

(Consulte el Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Esta Póliza brinda beneficios de Gastos cubiertos para cargos por pruebas genéticas que utilizan un método de prueba comprobado para la identificación de enfermedades hereditarias de transmisión genética. Las pruebas genéticas se cubren únicamente en los siguientes casos:

- La Persona asegurada tiene síntomas o signos de una enfermedad hereditaria de transmisión genética.
- Se ha determinado que la Persona asegurada corre riesgo de ser portadora, según lo demuestra la literatura científica evaluada por colegas y basada en evidencias existente, en relación con el desarrollo de una enfermedad hereditaria de transmisión genética, cuando los resultados afecten el desenlace clínico.
- El fin terapéutico es identificar una mutación genética específica que, según lo demostrado por la literatura científica existente basada en evidencias y revisada por colegas médicos, tiene un impacto directo en las opciones de tratamiento.

El asesoramiento genético se cubre si está planeada una prueba genética cubierta o si una Persona asegurada corre riesgo de sufrir una enfermedad hereditaria o de ser portadora. El asesoramiento genético se limita a 3 visitas por Año calendario, antes y después de las pruebas genéticas.

Servicios de programas de intervención temprana

(Consulte el Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Esta Póliza cubre los servicios de intervención temprana Necesarios por razones médicas, como la terapia del lenguaje y la logopedia, la terapia ocupacional, la fisioterapia y los servicios y dispositivos de tecnología asistiva para dependientes certificados por el Departamento de Salud Conductual y Servicios de Desarrollo como personas que reúnen los requisitos para recibir los servicios, según la parte H de la Ley de Educación para Personas Discapacitadas (título 20 del U.S.C., § 1471 y sig.). Los servicios de intervención temprana necesarios por razones médicas, dirigidos a la población certificada por el Departamento de Salud Conductual y Servicios de Desarrollo harán referencia a aquellos servicios diseñados para ayudar a una persona a adquirir o mantener la capacidad para hacer las actividades diarias acordes a su edad y en su entorno, e incluirán servicios que mejoren las capacidades funcionales sin lograr una cura. Este beneficio no está sujeto a ningún límite en dólares. La fisioterapia, la terapia ocupacional y la terapia del lenguaje

brindadas como parte de los servicios de intervención temprana no están sujetas a ningún límite de consultas de rehabilitación a corto plazo.

Circuncisión

(Consulte el Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

La circuncisión de una Persona asegurada de sexo masculino está cubierta de la misma forma que cualquier otro beneficio médico.

Anomalías y defectos congénitos en recién nacidos

(Consulte el Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Esta Póliza brinda beneficios de Gastos cubiertos para la atención y el tratamiento necesarios de anomalías y defectos congénitos diagnosticados por un médico en recién nacidos.

Los beneficios incluyen, entre otros, servicios dentales ambulatorios y para pacientes internados, cirugía oral y servicios ortodóncicos Necesarios por razones médicas, para el tratamiento del labio leporino, la hendidura del paladar o la displasia ectodérmica diagnosticados por un médico.

Diagnóstico y tratamiento del linfedema

(Consulte el Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Los cargos por el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento del linfedema están cubiertos de la misma forma que para cualquier otra afección médica. La cobertura incluirá beneficios por equipos, suministros, terapia descongestiva compleja, prendas de compresión gradiente que requieren una receta y se hacen a medida para el Asegurado, capacitación y educación sobre la autogestión, si se determina que el tratamiento es Necesario por razones médicas y lo brinda un fisioterapeuta, un terapeuta ocupacional o una enfermera autorizada con experiencia en la prestación de este tratamiento, u otro profesional de cuidado de la salud autorizado, cuyo ámbito de práctica profesional incluya el tratamiento del linfedema.

Trasplantes de órganos y tejidos y cuidado de especialidad relacionado

(Consulte el Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Para reunir los requisitos para recibir beneficios, los trasplantes de órganos y tejidos deben tener una Autorización previa de Cigna, antes de que se presten los servicios (consulte la sección “Programa de autorización previa”).

La cobertura se brinda para servicios de trasplante de órganos y tejidos humanos en centros específicos de los Estados Unidos. La cobertura también se brinda para servicios de trasplante de órganos y tejidos humanos en otros centros participantes (dentro de la red) de Cigna, que tienen contrato con Cigna para servicios de trasplantes. Esta cobertura está sujeta a las siguientes condiciones y limitaciones.

La cobertura se brinda tanto para el receptor como para el donante de un trasplante cubierto según el plan del receptor, incluidos los gastos de viaje y alojamiento, de acuerdo con lo estipulado en la sección “Servicios de viaje por trasplante”.

La cobertura se brindará para lo siguiente:

- Servicios para pacientes internados y ambulatorios cubiertos relacionados con el trasplante. Los servicios de Trasplante incluyen los servicios médicos, quirúrgicos y de Hospital del receptor; los medicamentos inmunosupresores para pacientes internados; y los costos para la obtención de los órganos o de la médula ósea/células madre. Los servicios de trasplante están cubiertos solo si son necesarios para hacer alguno de los siguientes trasplantes de órganos o tejidos de un ser humano a otro: alotrasplante de médula ósea/células madre, autotrasplante de médula ósea/células madre, córnea, corazón, corazón/pulmón, riñón, riñón/páncreas, riñón/hígado, hígado, pulmón, páncreas o intestino, que incluye el intestino delgado, el intestino delgado/el hígado o múltiples vísceras.
- Los trasplantes de córnea no están cubiertos según contratos con Proveedores de LifeSOURCE, pero están cubiertos cuando se reciben de un centro de Proveedores participantes.
- La evaluación, preparación y entrega del órgano donado.
- La extracción del órgano del donante. La cobertura de los costos de obtención de órganos se limitará a los costos directamente relacionados con la obtención de un órgano, ya sea de una persona fallecida o de un donante vivo. Los costos de la obtención del órgano consisten en la intervención quirúrgica necesaria para la extracción del órgano, el traslado del órgano y el transporte, la hospitalización y la cirugía del donante vivo. Los cargos por pruebas de compatibilidad hechas antes de la obtención gozan de cobertura si resultan Médicamente necesarias. También están cubiertos los costos relacionados con la búsqueda y la identificación de un donante de médula ósea o células madre para un alotrasplante.
- Trasplantes e infusiones de órganos, tejidos y células madre/médula ósea. También están cubiertos los procedimientos necesarios de adquisición, movilización, obtención y almacenamiento, además del tratamiento mielosupresor preparatorio, la quimioterapia preparatoria de baja intensidad, la terapia de radiación o una combinación de estas terapias.

Los servicios de trasplante que se reciban en centros de Proveedores participantes (dentro de la red), con un contrato específico con Cigna para prestar dichos servicios de trasplante, se pagarán de acuerdo al nivel dentro de la red.

NOTA: La mayoría de los centros de Proveedores dentro de la red NO tienen un contrato con Cigna para prestar servicios de trasplante. Si usted decide someterse a un trasplante en un centro dentro de la red que no tenga contrato con Cigna para prestar servicios de trasplante, dichos servicios no estarán cubiertos. Para obtener más información sobre si un centro dentro de la red tiene contrato con Cigna para prestar servicios de trasplante, comuníquese con su administrador de casos de Cigna o llame al 1-800-287-0539.

Servicios de viaje para trasplantes

La cobertura se brinda para los gastos de transporte y alojamiento que usted haya asumido en relación con un trasplante de órgano/tejido aprobado previamente. Si Cigna reembolsa los gastos de dicho trasplante, el Servicio de Impuestos Internos lo consideraría como un ingreso no gravable de acuerdo con la Publicación 502 y estaría sujeto a las siguientes condiciones y limitaciones. Los beneficios de transporte y alojamiento están a su disposición únicamente si es el receptor de un trasplante de órganos/tejidos aprobado previamente de un centro específico de Cigna LifeSOURCE Transplant Network®. El término "receptor" incluye a una Persona asegurada que recibe servicios autorizados relacionados con un trasplante durante: (a) una evaluación, (b) una candidatura, (c) un trasplante o (d) la atención después del trasplante. Los gastos de viaje de la Persona asegurada que recibirá el trasplante incluirán los cargos por lo siguiente:

- el traslado hacia el centro del trasplante y desde este hacia otro sitio (incluidos los cargos por el alquiler de un automóvil durante el período de atención en el centro donde se realice el trasplante);
- y el alojamiento mientras permanezca en el centro del trasplante, además del alojamiento necesario durante el traslado hacia el centro del trasplante o desde este hacia otro lado.

Además de la cobertura que usted recibe por los servicios asociados con los conceptos precedentes, dichos servicios también se considerarán gastos de viaje cubiertos para un acompañante que viaje con usted o dos acompañantes, en el caso de que el receptor sea un menor. El término “acompañante” incluye a su cónyuge, un miembro de su familia, su tutor legal o cualquier persona que no tenga relación con usted, pero que participe activamente como su cuidador y que tenga al menos dieciocho (18) años.

Los gastos de viaje que NO están cubiertos incluyen, a modo de ejemplo, los siguientes:

- costos de viaje cuando el destino esté a menos de sesenta (60) millas de su hogar;
- alimentos y comidas;
- facturas de lavandería;
- facturas telefónicas;
- productos con alcohol o tabaco;
- cargos por transporte aéreo que supere las tarifas de clase económica.

Nota: Los beneficios de viaje por trasplante no están disponibles para trasplantes de córnea.

Los servicios de viaje por trasplante solo están disponibles cuando la Persona asegurada es el donante o el receptor de un trasplante de órgano/tejido. Los gastos de viaje del donante vivo designado para un receptor cubierto tienen cobertura según las mismas condiciones y limitaciones antes mencionadas. Los Cargos por los gastos del acompañante del donante no tienen cobertura.

Otros servicios disponibles a través de los centros de LifeSOURCE

Los siguientes servicios están cubiertos, pero SOLO cuando se prestan en un centro de Cigna LifeSOURCE Transplant Network. Los servicios no están cubiertos cuando los brinda cualquier otro Proveedor, incluido cualquier otro Proveedor participante de Cigna:

- Dispositivo de asistencia ventricular
Los procedimientos de implante de un Dispositivo de asistencia ventricular (VAD, por sus siglas en inglés) están cubiertos solo cuando se hacen en un centro de Cigna LifeSOURCE Transplant Network®, a través de un programa de trasplante de corazón aprobado. Los procedimientos de implante de un VAD recibidos de cualquier otro Proveedor no están cubiertos.

- Terapia celular avanzada

La terapia celular avanzada que incluye, entre otras, las terapias de células efectoras de la inmunidad y la terapia celular de receptores quiméricos de antígenos (CAR-T, por sus siglas en inglés), está cubierta solo cuando se hace en un centro de Cigna LifeSOURCE Transplant Network® con un programa de trasplante de células madre aprobado. La terapia celular avanzada recibida en otros centros no está cubierta.

Tratamiento de la diabetes

(Consulte su Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Los servicios médicos para la diabetes están cubiertos de la misma forma que para cualquier otra afección médica. Esta Póliza brinda beneficios para Gastos cubiertos que incluyen capacitación e instrucción ambulatoria en persona sobre el autocontrol de la diabetes, junto con tratamiento nutricional, equipos, fármacos y suministros para el tratamiento de la diabetes de tipo 1, tipo 2 y diabetes gestacional.

Los siguientes Suministros para la diabetes están cubiertos según los beneficios de Medicamentos con receta:

Insulina, jeringas, dispositivos para inyección, glucómetros, glucómetros para personas legalmente ciegas, tiras reactivas para medir la glucosa, tiras reactivas para el control de cetona con lectura visual, tiras

reactivas para urianálisis, lancetas, bombas de insulina, dispositivos y accesorios para infusión, hipoglucemiantes orales, kits de emergencia de glucagón e hisopos con alcohol.

Tratamiento recibido de proveedores en país extranjero
(Consulte su Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Esta Póliza brinda beneficios de Gastos cubiertos por servicios y suministros recibidos de Proveedores en país extranjero para Afecciones médicas de emergencia y otras situaciones de urgencia, en las cuales el tratamiento no hubiera podido ser razonablemente demorado hasta que la Persona asegurada pudiera regresar a los Estados Unidos.

Cigna no acepta asignación de beneficios de Proveedores en país extranjero. Usted y su Familiar pueden presentar un reclamo ante Cigna por servicios y suministros brindados por un Proveedor en país extranjero, pero no se le enviará ningún pago a la Persona asegurada. La Persona asegurada es responsable de pagarle al Proveedor en país extranjero. La Persona asegurada es responsable de obtener y pagar la traducción al idioma correspondiente del reclamo del Proveedor en país extranjero y de cualquier registro médico que pueda ser necesario. Los beneficios están sujetos a todos los términos, las condiciones, las limitaciones, las multas y las exclusiones de esta Póliza y no superarán lo que se pagaría si el servicio o suministro se hubiera recibido en los Estados Unidos.

Cigna Telehealth Connection
(Consulte su Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Cigna Telehealth Connection hace referencia a un beneficio específico de valor agregado de este plan, que le permite recibir servicios para ciertas afecciones médicas agudas leves a través de relaciones entre proveedores, gracias al programa Cigna Telehealth Connection. Los Servicios cubiertos para el tratamiento de afecciones médicas agudas leves, como resfrío, gripe, dolor de garganta, sarpullido, dolor de cabeza o dolor de oído, están disponibles a través de un grupo específico de Proveedores, conocidos como Servicio médico de Cigna Telehealth Connection.

Si tiene una afección médica aguda leve y no quiere esperar a recibir una cita con su Médico de cabecera ni ir a una “Minute Clinic” o un Centro de atención de urgencia para recibir tratamiento, puede usar el beneficio de Cigna Telehealth Connection. Su plan ofrece esta opción además del beneficio de telemedicina, pero de manera separada.

Puede iniciar una consulta telefónica, por correo electrónico o video en línea con un proveedor de Cigna Telehealth Connection para recibir tratamiento, sin necesidad de obtener una referencia de su PCP. Para acceder al Servicio médico de Cigna Telehealth Connection, vaya a www.mycigna.com, luego a la página “Find a Doctor” (Buscar un médico) y después haga clic en Cigna Telehealth Connection.

Si el Médico de Cigna Telehealth Connection considera que su afección no se puede tratar de manera óptima a través de un contacto remoto, lo referirá a su PCP o a otro médico para que reciba el tratamiento adecuado, o bien, le aconsejará que vaya a un centro de Atención de urgencia o a la sala de emergencias.

Los siguientes servicios están cubiertos:

- Evaluación de la afección, incluidos los antecedentes y síntomas actuales.
- Diagnóstico de la afección.
- Receta de los medicamentos necesarios para tratar la afección, según el caso.
- Envío por correo electrónico de instrucciones para el alta.

Usted tiene la opción de pedir que le envíen a su Médico de cabecera los registros de cada una de las visitas al Médico de Cigna Telehealth Connection debido a una afección médica aguda leve.

Servicios de telemedicina

(Consulte su Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Los Servicios de telemedicina están disponibles a través de cualquier Médico que esté capacitado y dispuesto a prestar los Servicios cubiertos correspondientes a través de medios electrónicos. Nota: Este beneficio no incluye el Servicio de médicos de Cigna Telehealth Connection que se describió anteriormente, como TAMPOCO incluye servicios brindados únicamente por teléfono o correo electrónico.

Los servicios de telemedicina para diagnosticar o tratar a un paciente, o para consultar con Otros proveedores de cuidado de la salud sobre el diagnóstico o tratamiento de un paciente, sin importar la Enfermedad, la afección o el trastorno, están cubiertos según esta Póliza como si el servicio se prestara personalmente. Consulte la sección “Definiciones” de esta Póliza para obtener una descripción completa de los servicios.

Servicios de cuidado de la salud en el hogar

(Consulte su Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Esta Póliza incluye beneficios de Gastos cubiertos por Servicios de cuidado de la salud en el hogar cuando necesite atención especializada, no pueda obtener la atención necesaria como paciente ambulatorio y no necesite estar internado en un Hospital u Otro centro de cuidado de la salud. Los Servicios de cuidado de la salud en el hogar se brindan exclusivamente si Cigna ha determinado que el hogar es un entorno médicamente apropiado.

Los Servicios de cuidado de la salud en el hogar son aquellos servicios de cuidado de la salud especializado que se pueden brindar durante las visitas de Otros profesionales de cuidado de la salud, incluidos los servicios Necesarios por razones médicas de un trabajador social médico. Los servicios de un asistente de salud en el hogar están cubiertos cuando se prestan en apoyo directo a los servicios de cuidado de la salud especializado brindados por Otros proveedores de cuidado de la salud. Una visita se define como un período de 2 horas o menos. Los Servicios de cuidado de la salud en el hogar están sujetos a un máximo de 16 horas en total por día. Los suministros médicos de consumo necesarios y la terapia de infusión en el hogar administrada o utilizada por Proveedores para brindar Servicios de cuidado de la salud en el hogar están cubiertos. Los Servicios de cuidado de la salud en el hogar no incluyen servicios de una persona que sea miembro de su familia o de la familia de su Dependiente o que normalmente resida en su hogar o en el hogar de su Dependiente, aunque esa persona sea un Proveedor. Los servicios de enfermería especializada o servicios de personal de enfermería privada brindados en el hogar están sujetos a los términos, condiciones y limitaciones de beneficios de los Servicios de salud en el hogar.

Esta Póliza ofrece beneficios de Gastos cubiertos para Servicios de cuidado de la salud en el hogar indicados por el Médico que está tratando la afección cuando se cumplen los siguientes criterios:

- La atención que se describe en el plan de atención debe ser para servicios de enfermería especializada intermitente o Servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y otros servicios de terapia de rehabilitación.
- La Persona asegurada debe estar recluida en su casa, en lugar de internada, bajo la activa supervisión de un Médico.
- La agencia de cuidado de la salud a domicilio que brinda la atención debe estar certificada en el estado donde se recibe la atención.

El Médico debe estar tratando la Enfermedad o Lesión que requiere el cuidado de la salud a domicilio. **Los Servicios de cuidado de la salud a domicilio se limitan a una cantidad máxima combinada de visitas por Año, como se encuentra en el Programa de beneficios.**

Si la Persona asegurada es un menor o un adulto que depende de otros para recibir cuidados no especializados, Atención de custodia o para hacer las actividades de la vida cotidiana (p. ej., bañarse, comer, etc.), los Servicios de cuidado de la salud a domicilio estarán cubiertos únicamente en los momentos en que haya un Familiar o cuidador de la Persona asegurada presente en el hogar para satisfacer las necesidades de cuidados no especializados o Atención de custodia.

Dejar de fumar

(Consulte su Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Esta Póliza brinda beneficios de Gastos cubiertos para Intentar dejar de fumar, como se define en la Póliza, siempre y cuando se respete el máximo que se encuentra en el Programa de beneficios. Los productos para dejar de fumar, incluidos los parches de nicotina y la goma de mascar, están cubiertos bajo Cuidado preventivo sin que usted tenga que pagar una parte del costo, siempre que se obtengan con una receta.

Mastectomía y procedimientos relacionados

(Consulte su Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Esta Póliza brinda beneficios de Gastos cubiertos para Servicios hospitalarios y profesionales, mastectomía y linfadenectomía para el tratamiento del cáncer de mama y de complicaciones físicas durante todas las etapas de la mastectomía, incluidos los linfedemas, haya estado la Persona asegurada cubierta según esta Póliza cuando se sometió a la mastectomía o no. Se brindarán beneficios de Gastos cubiertos por Atención hospitalaria no inferior a 48 horas después de una mastectomía radical o mastectomía radical modificada, y no inferior a 24 horas después de una mastectomía total o parcial con linfadenectomía para el tratamiento del cáncer de mama.

Si la Persona asegurada decide someterse a una reconstrucción mamaria en relación con dicha mastectomía, también se le brindarán beneficios de Gastos cubiertos para lo siguiente:

- Reconstrucción de la mama en la cual se hizo la mastectomía.
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para lograr un aspecto simétrico.
- Prótesis.

La cobertura de la cirugía de reconstrucción mamaria no se denegará ni reducirá porque sea de naturaleza estética o porque no cumple, de otro modo, con la definición de "Necesaria por razones médicas" de esta Póliza. Los beneficios serán pagaderos de la misma forma que cualquier otra Enfermedad o Lesión según esta Póliza.

Atención dental

(Consulte el Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Esta Póliza brinda beneficios de atención dental para una Lesión accidental en los dientes naturales, sujeta a lo siguiente:

- Los servicios se deben recibir dentro de los 12 meses después de la fecha de la Lesión.

- También están cubiertos los aparatos dentales necesarios para diagnosticar o tratar una lesión accidental en los dientes, además del arreglo de aparatos dentales que se hayan dañado como resultado de la lesión accidental en la mandíbula, la boca o la cara.
- El daño a los dientes naturales por masticar o morder no se considera una Lesión accidental según esta Póliza.

Cobertura dental para tratamientos médicos

(Consulte el Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Esta Póliza brinda beneficios por servicios dentales destinados a preparar la boca para servicios y tratamientos médicos, como la terapia de radiación para tratar el cáncer y la preparación para un trasplante.

Los Servicios cubiertos incluyen los siguientes:

evaluación;
radiografías dentales;
extracciones, incluidas las extracciones quirúrgicas;
anestesia.

Hospitalización y anestesia para procedimientos dentales

(Consulte el Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Se pagarán beneficios por servicios de anestesia general y hospitalización o en concepto de cargos de un centro autorizado para hacer procedimientos quirúrgicos ambulatorios, por atención dental brindada por un dentista autorizado en colaboración con un Médico, para solicitar servicios de anestesia general y la hospitalización en un hospital o un centro de cirugía ambulatoria, para brindarle atención dental de manera segura y eficaz a las siguientes personas:

- Persona asegurada.
- Persona asegurada de cualquier edad que esté gravemente incapacitada.
- Persona asegurada cuya salud esté comprometida y la anestesia sea necesaria por razones médicas.

Es posible que solicitemos una autorización previa.

Tratamiento para el trastorno de la articulación temporomandibular (TMJ) y trastornos craneomandibulares

(Consulte su Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Esta Póliza brinda beneficios de Gastos cubiertos para tratar trastornos temporomandibulares y craneomandibulares. La articulación temporomandibular conecta la mandíbula con el hueso temporal a los costados de la cabeza, mientras que la articulación craneomandibular involucra a los músculos de la cabeza y el cuello.

Los Servicios cubiertos incluyen prótesis desmontables para el reubicamiento de la articulación temporomandibular (TMJ, por sus siglas en inglés) y cirugías relacionadas, atención médica y servicios de diagnóstico. Los Servicios cubiertos no incluyen las prótesis fijas o desmontables que implican el movimiento o la reubicación de los dientes, el arreglo de los dientes (empastes) ni las Prótesis dentales (coronas, puentes, dentadura postiza).

Procedimientos que involucran huesos y articulaciones de la cabeza, el cuello, la cara o la mandíbula

(Consulte su Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Esta Póliza brinda beneficios de Gastos cubiertos para tratamientos quirúrgicos y de diagnóstico que involucren cualquier hueso o articulación de la cabeza, el cuello, la cara o la mandíbula. Si el tratamiento es necesario debido a una afección médica o lesión que impide el funcionamiento normal de la articulación o el hueso, y se considera Necesario por razones médicas para que la parte afectada logre tener una capacidad funcional.

Cirugía oral

(Consulte su Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Nota importante: Si bien este plan cubre ciertas cirugías orales, hay muchas otras cirugías orales (p. ej., extracción de las muelas de juicio) que no están cubiertas.

Los beneficios se limitan a ciertas cirugías orales, incluidas las siguientes:

- Tratamiento del labio leporino, la hendidura del paladar o la displasia ectodérmica diagnosticados por un médico.
- Frenotomía maxilar o mandibular cuando no esté relacionada con un procedimiento dental.
- Alveolectomía cuando no esté relacionada con la extracción de un diente.
- Cirugía ortognática debido a una afección médica, lesión o deformidad física que impide el funcionamiento normal de la articulación o el hueso, y se considera Necesaria por razones médicas para que la parte afectada logre tener una capacidad funcional.
- Corrección bucal/quirúrgica de lesiones accidentales, según se indican en la sección “Servicios dentales (todos los miembros/todas las edades)”.
- Dispositivos quirúrgicos en los tejidos duros y blandos de la boca cuando el propósito principal no es tratar ni ayudar al diente y a sus estructuras de apoyo.
- Tratamiento de lesiones no dentales, como biopsias y la extirpación de tumores.
- Incisión y drenaje de tejidos blandos infectados, sin incluir los quistes o abscesos odontógenos.

Aparatos y dispositivos protésicos externos

(Consulte su Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Esta Póliza ofrece beneficios por los Gastos cubiertos hechos o indicados por un Médico para la compra y el ajuste iniciales de los Aparatos y dispositivos protésicos externos disponibles solo mediante una receta y que sean necesarios para aliviar o corregir una Lesión, una Enfermedad o un defecto congénito.

Los Aparatos y dispositivos protésicos externos incluyen Prótesis/Aparatos y Dispositivos protésicos, Aparatos ortopédicos y Dispositivos ortopédicos, Soportes y Férulas.

La cobertura de Aparatos y dispositivos protésicos externos está limitada a la alternativa más apropiada y económica. Esto incluye cobertura para la reparación, el mantenimiento o el reemplazo de un Aparato o dispositivo protésico, a menos que el reemplazo sea necesario debido al uso indebido o a la pérdida de la Prótesis por parte de la Persona asegurada.

Se brinda cobertura para Aparatos ortopédicos para pies fabricados a medida y otros Aparatos ortopédicos como se indica a continuación:

- Solo están cubiertos los siguientes Aparatos ortopédicos que no son para el pie, cuando son necesarios por razones médicas:

- a. Aparato ortopédico rígido y semirrígido fabricado a medida.
- b. Aparato ortopédico prefabricado y flexible semirrígido.
- c. Aparato ortopédico prefabricado rígido, lo que incluye la preparación, el ajuste y los agregados básicos, como barras y conexiones.
- Los Aparatos ortopédicos para pies fabricados a medida solo están cubiertos cuando son Necesarios por razones médicas y como se indica a continuación:
 - a. Para Personas aseguradas con sensación periférica disminuida o circulación periférica alterada (p. ej., la neuropatía diabética y la enfermedad vascular periférica).
 - b. Cuando el Aparato ortopédico para pies es una parte integral de un soporte para extremidades inferiores y es necesario para el funcionamiento apropiado del soporte.
 - c. Cuando el Aparato ortopédico para pies se utiliza para reemplazar o sustituir partes faltantes del pie (p. ej., amputación), y es necesario para el alivio o la corrección de una Enfermedad, Lesión o defecto congénito.
 - d. Para Personas aseguradas con afecciones neurológicas o neuromusculares (p. ej., parálisis cerebral, hemiplejía, espina bífida) que producen espasticidad, alineación incorrecta del pie o posición patológica del pie, y existe una expectativa razonable de mejoría.

La cobertura para reemplazo de aparatos y dispositivos protésicos externos se limita a lo siguiente:

- El reemplazo debido al uso regular. No se cubre el reemplazo por daño debido al uso abusivo o incorrecto por parte de la Persona asegurada.
- Se brindará el reemplazo cuando los cambios anatómicos vuelvan ineficaz al aparato o dispositivo protésico externo. El cambio anatómico incluye el aumento o pérdida de peso significativos, atrofia o crecimiento.

La frecuencia de reemplazo se limita a lo siguiente:

- no más de una vez cada 24 meses para las Personas aseguradas de 19 años o más;
- no más de una vez cada 12 meses para las Personas aseguradas de 18 años o menos;

El reemplazo debido a una alteración o revisión quirúrgica del sitio.

Los siguientes Aparatos y dispositivos protésicos externos quedan específicamente **excluidos** de la cobertura según esta Póliza:

- Mejoras eléctricas internas y externas, o controles eléctricos para prótesis de extremidades y dispositivos protésicos terminales.
- Estimuladores de los nervios periféricos mediante prótesis mioeléctricas.
- Los aparatos o las prótesis de extremidades electrónicos no están cubiertos, a menos que sean Necesarios por razones médicas, cuando una alternativa más económica no sea suficiente.

Los siguientes Aparatos y dispositivos ortopédicos están específicamente **excluidos** de la cobertura según este plan, excepto si se brindan en concepto del beneficio del Tratamiento de la diabetes:

- Aparatos ortopédicos prefabricados para pies.
- Bandas ortopédicas craneales, aparatos ortopédicos craneales u otros dispositivos similares, excepto cuando se los emplea en el posoperatorio para plagiocefalia sinostótica.
- Calzado ortopédico, agregados al calzado, procedimientos para calzado ortopédico, modificaciones al calzado y transferencias.
- Aparatos ortopédicos empleados principalmente por cuestiones de estética, en lugar de motivos funcionales.

- **Solo** están cubiertos los siguientes Aparatos ortopédicos que no son para el pie, cuando son Necesarios por razones médicas:
 - a. Aparato ortopédico rígido y semirrígido fabricado a medida.
 - b. Aparato ortopédico prefabricado y flexible semirrígido.
 - c. Aparato ortopédico prefabricado rígido, lo que incluye la preparación, el ajuste y los agregados básicos, como barras y conexiones.

Los siguientes Soportes quedan específicamente **excluidos** de cobertura según esta Póliza:

Soportes Copes para escoliosis.

Fórmulas nutricionales: fórmula elemental a base de aminoácidos o metabolismo de ácido orgánico, anomalía metabólica o alergias graves a la proteína o la soja (Consulte su Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Esta Póliza brinda beneficios de Gastos cubiertos para fórmulas elementales a base de aminoácidos o metabolismo de ácido orgánico, anomalía metabólica o alergias graves a la proteína o la soja, y los servicios asociados con la administración de las fórmulas, cuando están recetadas por el Médico responsable del tratamiento y sin importar el método utilizado para su administración, que se usan para el diagnóstico y el tratamiento de lo siguiente:

- alergias a múltiples proteínas alimentarias relacionadas o no con la inmunoglobulina E;
- síndrome grave de enterocolitis inducida por proteínas alimentarias;
- trastornos eosinofílicos, según lo reflejan los resultados de una biopsia;
- absorción deficiente de nutrientes provocada por trastornos que afectan la superficie absorbente, la longitud funcional y la motilidad del tubo gastrointestinal.

Es posible que se revisen las fórmulas elementales a base de aminoácidos para determinar su necesidad por razones médicas.

Pruebas y tratamientos para el sueño

(Consulte su Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Esta Póliza brinda beneficios de Gastos cubiertos para dispositivos, suministros y tratamientos de diagnóstico elaborados o indicados por un Médico, para pruebas de diagnóstico y tratamientos para el sueño. Esta Póliza incluye cobertura para dispositivos y suministros como la máquina de presión positiva automática (APAP, por sus siglas en inglés), la máquina de presión positiva continua (CPAP, por sus siglas en inglés), la máquina de presión positiva de dos niveles (BPAP, por sus siglas en inglés) para las vías aéreas y dispositivos bucales para el tratamiento del sueño. Estos servicios deben ser Necesarios por razones médicas.

Ensayos clínicos

(Consulte su Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Se pagarán beneficios para todos los costos de atención de rutina del paciente relacionados con un ensayo clínico aprobado y brindado por un Proveedor participante, desde la fase I a la fase IV, para una Persona asegurada que reúna los siguientes requisitos:

- (1) Cumple con los requisitos para participar en un ensayo clínico aprobado de acuerdo con el protocolo del estudio con respecto a la prevención, la detección y el tratamiento del cáncer u otra enfermedad o afección que puede poner en peligro la vida.
- (2) Ya sea
 - (A) el profesional de cuidado de la salud que hace la referencia es un Proveedor de cuidado de la salud participante y ha llegado a la conclusión de que la participación de la Persona asegurada en dicho ensayo sería apropiada porque esta reúne las condiciones que se describen en el párrafo (1); o bien
 - (B) la Persona asegurada brinda información médica y científica que indica que su participación en dicho ensayo sería apropiada porque reúne las condiciones que se describen en el párrafo (1).

A efectos de los ensayos clínicos, el término “enfermedad o afección que puede poner en peligro la vida” hace referencia a cualquier enfermedad o afección que probablemente provoque la muerte, a menos que se interrumpa su avance.

El ensayo clínico debe cumplir uno de los siguientes requisitos:

1. Debe tener la aprobación o la financiación de alguna de las agencias o entidades autorizadas por la ley federal para hacer ensayos clínicos:
 - i. Un instituto o centro de los Institutos Nacionales de Salud.
 - ii. La Administración de Alimentos y Medicamentos.
 - iii. El Departamento de Asuntos de Veteranos de los EE. UU.
 - iv. El Departamento de Defensa.
 - v. El Departamento de Energía.
 - vi. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.
 - vii. La Agencia para la Investigación y Calidad de la Atención Médica.
 - viii. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.
 - ix. Grupos o centros cooperativos de cualquiera de las entidades mencionadas en los puntos (i) al (vi) o del Departamento de Defensa o del Departamento de Asuntos de Veteranos.
 - x. Una entidad de investigación no gubernamental competente identificada en las directrices emitidas por los Institutos Nacionales de Salud para las subvenciones de apoyo para centros.
2. Debe hacerse según una solicitud de medicamento nuevo en investigación revisada por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
3. Debe implicar un estudio del medicamento que esté exento del requisito de tener dicha solicitud de medicamento nuevo en investigación.

Los costos de atención de rutina de los pacientes son costos asociados con brindar artículos y servicios de cuidado de la salud, incluidos medicamentos, artículos, dispositivos y servicios normalmente cubiertos por Cigna para un asegurado que no está inscrito en un ensayo clínico, y que incluyen también los siguientes:

- Servicios generalmente brindados en ausencia de un ensayo clínico.
- Servicios necesarios únicamente para suministrar el medicamento, artículo, dispositivo o servicio en investigación.
- Servicios necesarios para hacer un control clínicamente apropiado del medicamento, dispositivo, artículo o servicio en investigación.
- Servicios brindados para la prevención de complicaciones que puedan producirse como consecuencia del suministro del medicamento, dispositivo, artículo o servicio en investigación.

- Atención razonable y necesaria como consecuencia del suministro del medicamento, dispositivo, artículo o servicio en investigación, incluido el diagnóstico o tratamiento de complicaciones.

En el caso de los ensayos clínicos, los costos de rutina del paciente **no** incluyen lo siguiente:

1. El artículo, dispositivo o servicio en investigación en sí.
2. Los artículos y servicios que se brinden únicamente para satisfacer necesidades de recopilación y análisis de datos, y que no se usen en el tratamiento clínico directo del paciente.
3. Un servicio que sea claramente incompatible con las normas asistenciales ampliamente conocidas y aceptadas para un diagnóstico en particular.

Hemofilia y trastorno hemorrágico congénito

(Consulte su Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Se brindarán beneficios de Gastos cubiertos por servicios relacionados con el tratamiento de hemorragias de rutina, asociadas con la hemofilia y otros trastornos hemorrágicos congénitos. Los beneficios incluyen cobertura para la compra de hemoderivados, que incluyen, entre otros, el factor VII, el factor VIII, el factor IX y el crioprecipitado, además del equipo para la infusión de sangre necesaria para el tratamiento doméstico de hemorragias de rutina, asociadas con la hemofilia y otros trastornos hemorrágicos congénitos, cuando el programa de tratamiento doméstico se hace bajo la supervisión del centro de tratamiento para la hemofilia aprobado por el estado.

Medicamentos usados en el tratamiento contra el cáncer

(Consulte su Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Se brindarán beneficios de Gastos cubiertos para cargos por un medicamento que se haya recetado para el tratamiento de un tipo de cáncer, para el cual no esté aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). Dicho medicamento debe estar cubierto, siempre y cuando: (a) en uno de los siguientes compendios de referencia esté aceptado para el tratamiento del tipo específico de cáncer para el cual se haya recetado: el compendio de medicamentos y productos biológicos de la National Comprehensive Cancer Network, el compendio de farmacología clínica "Clinical Pharmacology" de Elsevier Gold Standard, el compendio de información sobre medicamentos de la Farmacopea de los Estados Unidos; las evaluaciones de medicamentos de la Asociación Médica Estadounidense; el compendio de información sobre medicamentos del American Hospital Formulary Service; o bien, el medicamento está recomendado por un artículo de revisión de una revista profesional evaluada por colegas de los EE. UU.; (b) la FDA lo haya aprobado para otros usos; y (c) su uso para el tratamiento recetado del tipo específico de cáncer no haya sido contraindicado por la FDA.

Medicamentos anticancerígenos de administración oral

(Consulte el Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Se pagarán beneficios para los medicamentos anticancerígenos de administración oral (es decir, medicamentos que se usen para matar o ralentizar el crecimiento de células cancerosas) recetados por un médico, de la misma forma que los beneficios para los medicamentos anticancerígenos de administración intravenosa.

Medicamentos de uso extraoficial y medicamentos anticancerígenos

(Consulte el Programa de beneficios para conocer las cláusulas adicionales sobre beneficios que podrían aplicarse).

Los Gastos cubiertos según este plan incluyen los gastos de un medicamento y los servicios Necesarios por razones médicas asociados con la administración de dicho medicamento, que se ha recetado para el tratamiento de un tipo de cáncer para el cual la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) no lo ha autorizado. Tal medicamento debe tener la aprobación y el reconocimiento de la FDA, sin contraindicaciones y en uno de los siguientes compendios de referencia admitidos, para el tratamiento del tipo de cáncer específico para el cual se ha recetado el medicamento: las evaluaciones de medicamentos de la Asociación Médica Estadounidense; el compendio de información sobre medicamentos del American Hospital Formulary Service; el compendio de farmacología clínica "Clinical Pharmacology" de Elsevier Gold Standard; el compendio de medicamentos y productos biológicos de la National Comprehensive Cancer Network; el compendio DrugDex de Thomson Micromedex; el compendio de información sobre medicamentos de la Farmacopea de los Estados Unidos; o algún otro compendio autorizado, según el reconocimiento periódico de la Secretaria de Servicios Humanos y de Salud de los Estados Unidos. Las cantidades de cualquier medicamento que se use no deben superar la duración o la dosis diaria máxima recomendada indicada por la FDA o cualquiera de los compendios de referencia estándares.

Cuando un medicamento ha sido aprobado por la FDA, pero no para la indicación o aplicación particular en cuestión, se aplican dos excepciones:

- Cuando el uso del medicamento está reconocido para el tratamiento de la indicación o aplicación, en cualquiera de los compendios de referencia mencionados anteriormente.
- O bien, dentro del marco de publicaciones médicas evaluadas por colegas ampliamente aceptadas. Las publicaciones médicas evaluadas por colegas hacen referencia a estudios científicos publicados solo después de haber sido revisados con ojo crítico por personas expertas independientes e imparciales para confirmar su precisión, validez y confiabilidad científicas.

Nota: Incluso si se dan estas dos excepciones, este criterio no se cumplirá si la FDA ha determinado que dicho uso del medicamento no es recomendable para el tratamiento de la indicación específica para la cual se ha recetado.

Pago al Departamento de Servicios de Asistencia Médica de Virginia

Este plan le reembolsará los Servicios cubiertos directamente al Departamento de Servicios de Asistencia Médica de Virginia, en la medida en que este haya pagado por dichos servicios, una vez que se verifique el pago del departamento por esos servicios.

Exclusiones y limitaciones: lo que esta Póliza no cubre

Servicios excluidos

Además de cualquier otra exclusión y limitación que se describa en esta Póliza, no se brindan beneficios para lo siguiente:

- **Servicios prestados por un Proveedor fuera de la red (no participante)**, salvo los Servicios de emergencia (incluidos los Servicios de emergencia provistos en un Centro de atención de urgencia) y la atención especializada, en el caso de que los servicios de un especialista Necesarios por razones médicas no estén disponibles a través de un Proveedor dentro de la red, según se describe en la sección “Circunstancias especiales” de esta Póliza.
- **Cantidades que superen las cantidades máximas de los Gastos cubiertos** indicados en esta Póliza.
- Servicios que **no se encuentran expresamente como Servicios cubiertos** en las secciones llamadas “Servicios integrales: cobertura de la Póliza”, “Beneficios de medicamentos con receta”, “Beneficios de atención pediátrica de la vista” y “Programa de beneficios” de esta Póliza.
- Servicios para **el tratamiento de complicaciones de procedimientos o servicios no cubiertos**.
- Servicios o suministros que **no son necesarios por razones médicas**, salvo los Servicios de cuidado preventivo, como lo estipula esta Póliza.
- Servicios o suministros que se consideran destinados a **Procedimientos experimentales, de investigación o no aprobados**, salvo que esta Póliza indique lo contrario en la sección “Ensayos clínicos”.
- Servicios **recibidos antes de la Fecha de inicio de la cobertura**.
- Servicios **recibidos después de que finalice la cobertura según esta Póliza**.
- Servicios que **usted no está obligado legalmente a pagar** o que no tendría que pagar si no tuviera un plan de salud o una cobertura de seguro.
- Cualquier afección por la cual se obtengan beneficios o se puedan obtener beneficios, ya sea mediante una sentencia, un pago o de otro modo, **según cualquier indemnización por accidente laboral, ley de responsabilidad del empleador o ley de enfermedad laboral**, salvo la cobertura de cualquier afección médica de conformidad con dicha exclusión si (i) un fallo de la Comisión de Indemnización Laboral deniega los beneficios de indemnización relacionados con dicha afección médica y no existe ninguna solicitud de revisión del fallo, dentro del plazo indicado y de conformidad con la ley correspondiente; o bien, (ii) luego de una revisión, la Comisión de Indemnización Laboral deniega los beneficios de indemnización relacionados con la afección médica. Después de la inscripción del fallo de indemnización laboral según los puntos (i) o (ii) que prohíba la aplicación de esas exclusiones, Cigna deberá brindar de inmediato cobertura para dicha afección médica, en la medida en que esté cubierta de otro modo según el contrato, el contrato de suscripción o el plan de servicios de salud. Si, una vez que se presentó la apelación ante el Tribunal de Apelaciones o la Corte Suprema, se determina que dicha afección médica es compensable según la Ley de Indemnización Laboral de Virginia (título 65.2), Cigna puede recuperar los costos de la cobertura de afecciones médicas compensables según dicha ley, a través de la aseguradora de indemnización para trabajadores del empleador o el trabajador correspondiente.
- Afecciones causadas por lo siguiente: (a) Un **acto de guerra (declarada o no)**; (b) la **liberación involuntaria de energía nuclear**, cuando haya fondos del gobierno disponibles para tratar las Enfermedades o lesiones producidas por dicha liberación de energía nuclear; sin embargo, es posible que los beneficios no se brinden o se retrasen en el caso de una catástrofe grave. (c) La **participación en el servicio militar de cualquier país** de una Persona asegurada (nota: para obtener información sobre una Persona asegurada que se una al ejército y entre en servicio activo, consulte “Cancelación

hecha por usted”, en “Términos de la póliza” en la sección “Disposiciones generales”). (d) La **participación en una insurrección, una rebelión o un motín** por parte de una Persona asegurada.

- Cualquier **servicio prestado por un organismo gubernamental local, estatal o federal** (excepto Medicaid), salvo cuando la ley federal o estatal exija expresamente el pago según esta Póliza.
- Cualquier servicio cuya prestación por parte del sistema o distrito escolar público sea **obligatoria según la ley estatal o federal**.
- Cualquier **servicio por el cual pueda obtenerse el pago de cualquier organismo gubernamental local, estatal o federal** (excepto Medicaid). Servicios brindados por hospitales de la Administración de Veteranos y centros de tratamiento militar, salvo en el caso de los servicios prestados en situaciones de emergencia, donde existe una responsabilidad legal sobre los cargos imputados a la Persona asegurada en concepto de dichos servicios.
- **Si la Persona asegurada reúne los requisitos para recibir cobertura según la parte A, B o D de Medicare**, Cigna pagará el reclamo de acuerdo con esta Póliza, menos cualquier cantidad que Medicare haya pagado. El pago de Cigna no podrá exceder la cantidad que habría pagado si hubiese sido la única aseguradora.
- **Tratamiento u hospitalización ordenados por un tribunal**, a menos que el tratamiento sea involuntario o lo haya recetado un Médico y figure como cubierto en esta Póliza.
- **Servicios profesionales** prestados por un miembro de la familia cercana de la persona cubierta y servicios por los cuales normalmente no se cobra ante la ausencia de un seguro.
- **Suministros recibidos u obtenidos directamente o en su nombre** de parte de cualquiera de las siguientes personas o entidades:
 - Usted o una compañía que le pertenezca parcial o totalmente
 - Su cónyuge, Pareja de hecho, hijo, hijastro, padre/madre, hermano o hermana
 - Un centro o un profesional de cuidado de la salud que le brinde remuneración, de manera directa o indirecta, a usted o a una organización de la cual Usted recibe remuneración, de manera directa o indirecta.
- Servicios de la sala de emergencias de un Hospital **por cualquier afección que no sea una Afección médica de emergencia**, según se define en esta Póliza.
- **Atención de custodia**. Esta exclusión no se aplica a los Servicios de atención de enfermos terminales ni a la Terapia ocupacional para restablecer la habilidad para hacer actividades como caminar, comer, beber, vestirse, ir al baño, trasladarse de una silla de ruedas a la cama, bañarse, además de las actividades relacionadas con el trabajo.
- **Servicios de enfermería privados** en un entorno hospitalario, salvo cuando son brindados como parte del beneficio de Servicios para enfermos terminales de esta Póliza.
- **Cargos por servicios de alojamiento y comida en conexión con una hospitalización principalmente por cambios ambientales o fisioterapia; Atención de custodia o curas de reposo**; servicios brindados por un centro de reposo, una residencia de ancianos, una clínica privada o el servicio brindado por cualquier centro similar.
- Servicios recibidos durante **una estadía como paciente internado cuando la estadía esté relacionada principalmente con** la inadaptación social del comportamiento, la falta de disciplina u otras acciones antisociales que no sean específicamente el resultado de la salud mental.
- **Servicios de medicina alternativa y complementaria**, incluidos, entre otros, la terapia de masajes; la zooterapia, como la equinoterapia o la terapia canina; el arteterapia; la meditación; la visualización; la acupuntura; la digitopresión; la reflexología; el método “rolfing” (masaje del tejido conectivo); la fototerapia; la aromaterapia; la musicoterapia o la sonoterapia; la danzaterapia; la cura del sueño, salvo lo indicado en la sección “Pruebas y tratamientos para el sueño” de esta Póliza; la hipnosis; el

equilibrio energético; los ejercicios de respiración; la terapia del movimiento o el ejercicio, incluidos el yoga, el pilates, el tai-chi, la caminata, el senderismo, la natación, el golf, entre otros; y cualquier otro tratamiento alternativo, según la definición del Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa (NCCAM, por sus siglas en inglés) de los Institutos Nacionales de Salud. Los servicios incluidos específicamente como cubiertos en las secciones “Terapia de rehabilitación” y “Terapia de habilitación” no están sujetos a esta exclusión.

- **Cualquier servicio o suministro brindado por una residencia de ancianos, una clínica privada o cualquier centro** en donde una gran parte de las actividades incluyan **el reposo, la recreación o el entretenimiento**, o cualquier otro servicio que no sea un Servicio cubierto.
 - **Asistencia para las actividades de la vida cotidiana**, incluidas, entre otras, bañarse, comer, vestirse u otras actividades de Atención de custodia o de cuidado personal, o servicios de tareas domésticas y servicios destinados principalmente al reposo, o a la atención en el hogar o de convalecencia.
 - **Servicios prestados por médicos no autorizados** o servicios que no requieren certificación profesional, por ejemplo, la meditación, los ejercicios de respiración, la visualización guiada.
 - Cargos de cuarto y comida de pacientes internados **en relación con una estadía en un Hospital, principalmente para pruebas de diagnóstico** que podrían haberse hecho en forma segura como paciente ambulatorio.
 - **Servicios que son autodirigidos** a un centro de diagnóstico independiente u hospitalario.
 - Servicios indicados por un **Médico u otra persona que sea un empleado o representante** de un centro de diagnóstico independiente u hospitalario, cuando ese Médico u otro Proveedor:
 - no ha participado activamente en su atención médica antes de indicar el servicio, o
 - no participa activamente en su atención médica después de la recepción del servicio.
- Esta exclusión no se aplica a las mamografías.
- **Servicios dentales**, dentaduras postizas, puentes, coronas, fundas u otras Prótesis dentales, extracción de dientes o tratamiento de dientes o encías, salvo en los casos específicamente expuestos en esta Póliza.
 - **Servicios ortodóncicos**, aparatos de ortodoncia y otros dispositivos ortodóncicos, incluidos los servicios ortodóncicos para tratar el Trastorno de la articulación temporomandibular, salvo los servicios indicados en la sección “Anomalías y defectos congénitos en recién nacidos” de esta Póliza.
 - **Implantes dentales**: materiales dentales implantados dentro del hueso o tejido blando, o sobre ellos, o cualquier procedimiento relacionado como parte del implante o la extracción de implantes dentales.
 - **Audífonos**, incluidos, entre otros, dispositivos semiimplantables para la audición, implantes de vibración ósea e implantes audífonos osteointegrados (BAHA, por sus siglas en inglés). A los fines de esta exclusión, un audífono es cualquier dispositivo que amplifique el sonido. No se aplica a los implantes cocleares.
 - **Pruebas de audición de rutina**, salvo lo indicado en la sección “Cuidado preventivo”.
 - **Pruebas genéticas**, salvo lo indicado en las secciones “Cuidado de maternidad y durante el embarazo” y “Cuidado preventivo para la mujer” de esta Póliza, o diagnósticos genéticos preimplantativos: la prueba genética basada en la población general es un método de prueba que se hace cuando no existen síntomas o ningún factor de riesgo importante y comprobado de enfermedad hereditaria de transmisión genética.
 - **Servicios de optometría**, ejercicios de los ojos, que incluyen ejercicios ortópticos, anteojos, lentes de contacto, exámenes y refracciones de la vista de rutina, salvo lo indicado específicamente en la sección “Atención pediátrica de la vista” de esta Póliza.

- **Cirugía ocular únicamente con el propósito de corregir defectos de refracción** del ojo, como la miopía, el astigmatismo o la hipermetropía (presbicia).
- **Cirugía estética** u otros servicios destinados a embellecer, mejorar o alterar el aspecto o la autoestima. Esta exclusión no incluirá la Cirugía reconstructiva, cuando dicho servicio sea incidental o siga a una cirugía consecuencia de un traumatismo, una infección u otras enfermedades de la parte involucrada; como tampoco incluirá la Cirugía reconstructiva debido a una enfermedad o anomalía congénita de un hijo dependiente cubierto, que haya tenido como resultado un defecto funcional.
- **Ayudas o dispositivos que asisten en la comunicación no verbal**, incluidos, entre otros, los tableros de comunicación, los dispositivos de voz pregrabada, las computadoras portátiles, las computadoras de escritorio, los asistentes digitales personales (PDA, por sus siglas en inglés), las máquinas de escribir en Braille, los sistemas de alerta visual para sordos y los libros para la memoria.
- **Asesoramiento no médico y servicios auxiliares**, incluidos, entre otros, educación, capacitación, rehabilitación vocacional, entrenamiento del comportamiento, biorretroalimentación, neuroretroalimentación, asesoramiento laboral, servicios de regreso a la escuela/al trabajo, programas de rehabilitación laboral, seguridad vial y servicios, capacitación, terapia educativa u otros servicios auxiliares no médicos para tratar los trastornos del aprendizaje y retrasos del desarrollo neurológico.
- **Servicios y procedimientos** como la cirugía para retirar la piel sobrante, incluidas la abdominoplastia/paniclectomía, la extirpación de papilomas cutáneos, la terapia craneosacral/craneal, la kinesiólogía aplicada, la proloterapia y la litotricia extracorpórea por ondas de choque (ESWL, por sus siglas en inglés) para tratar afecciones osteomusculares y ortopédicas; la gigantomastia o ginecomastia; la rinoplastia y la blefaroplastia, **sin importar las indicaciones clínicas**.
- Todos los servicios relacionados con la **Terapia conductual aplicada**, entre los que se incluyen, el diseño, la implementación y la evaluación de los cambios del entorno mediante el uso de estímulos y consecuencias conductuales, para lograr una mejora significativa del comportamiento humano desde el punto de vista social, incluido el uso de la observación directa, las mediciones y el análisis funcional de las relaciones entre el entorno y el comportamiento.
- Cualquier tratamiento, medicamento con receta, servicio o suministro para **tratar la disfunción sexual**, mejorar el rendimiento sexual o aumentar el deseo sexual.
- Todos los servicios relacionados con **la evaluación o el tratamiento de la fecundidad o la esterilidad**, incluidos, entre otros, todas las pruebas, las consultas, los exámenes, los medicamentos, los procedimientos invasivos, médicos, quirúrgicos o de laboratorio, incluso la reversión de la esterilización electiva y la fertilización in vitro, la transferencia intratubárica de gametos (GIFT, por sus siglas en inglés) la transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT, por sus siglas en inglés), salvo lo indicado específicamente en esta Póliza.
- La **criopreservación** de espermatozoides u óvulos, o el almacenamiento de espermatozoides para inseminación artificial (incluidos los pagos por servicios del donante).
- Pagos relacionados con la **extracción o donación de sangre o hemoderivados**, salvo para la autodonación antes de ciertos servicios programados cuando, según el criterio del Médico con respecto a la revisión de utilización, la probabilidad de pérdida excesiva de sangre sea tal que se espera que la cirugía traiga aparejada una transfusión.
- Administración de sangre **con el propósito de mejorar el estado físico general**.
- **Calzado ortopédico** (salvo cuando esté unido a soportes), plantillas, dispositivos ortopédicos para el pie.
- Servicios destinados principalmente a **adelgazar o al tratamiento de la obesidad, incluida la obesidad patológica**, o cualquier tipo de atención que implique el adelgazamiento como método principal de tratamiento. Esto incluye cualquier cirugía para la obesidad patológica, aunque la Persona asegurada tenga otras afecciones médicas que pudieran beneficiarse con una reducción de la obesidad

o el adelgazamiento, o cualquier programa, producto o tratamiento médico para adelgazar, o cualquier tipo de gasto para tratar la obesidad, controlar el peso o adelgazar.

- **Pruebas o exámenes físicos de rutina** que no tengan el objetivo de tratar directamente una Enfermedad, Lesión o afección real, incluidos aquellos exigidos por autoridades gubernamentales o laborales, los exámenes físicos requeridos para un trabajo o por un empleador o una autoridad educativa, o para actividades deportivas, salvo que se indique lo contrario en esta Póliza.
- Terapia o tratamiento **destinado principalmente a mejorar o mantener la condición física general** o con el propósito de mejorar el desempeño laboral, escolar, atlético o recreativo, incluida, entre otros, la atención de rutina, a largo plazo o de mantenimiento que se brinda luego de la solución de un problema médico agudo y cuando no se espera una mejora terapéutica significativa. Esta exclusión no incluirá las terapias ni los servicios habilitativos que brinde un terapeuta autorizado para mantener, aprender o mejorar las habilidades necesarias para afrontar la vida cotidiana.
- **Artículos brindados principalmente para comodidad o conveniencia personal** (purificadores de aire, acondicionadores de aire, humidificadores, equipos para hacer ejercicios, cintas para correr, equipos de spa, elevadores y suministros de higiene o belleza, etc. Con la excepción de las pelucas, brindadas específicamente en el tratamiento contra el cáncer).
- **Terapia de masajes.**
- **Servicios educativos**, salvo para el tratamiento del autismo o que se indique lo contrario en esta Póliza, en las secciones “Tratamiento de la diabetes”, “Aviso sobre la mastectomía” con respecto al linfedema, “Cirugía reconstructiva” y “Tratamiento para pacientes internados” en “Trastornos de salud mental y asociados al consumo de sustancias”, o según lo disponga u ordene específicamente Cigna.
- **Asesoramiento nutricional**, salvo cuando se brinde como parte del Cuidado de la salud en el hogar, el tratamiento de un trastorno alimentario o según se indica en las subsecciones “Tratamiento de la diabetes”, “Servicios de cuidado preventivo”; o complementos alimenticios, salvo lo que se describe en las secciones “Fórmulas nutricionales: fórmula elemental a base de aminoácidos o metabolismo de ácido orgánico, anomalía metabólica o alergias graves a la proteína o la soja” de esta Póliza.
- **Equipos para hacer ejercicio, artículos para la comodidad personal y otros suministros y equipos médicos** que no están específicamente mencionados en la lista de Servicios cubiertos, en la sección “Servicios cubiertos” de esta Póliza. Los equipos médicos excluidos incluyen, entre otros, los siguientes: plantillas o calzado ortopédicos; purificadores de aire, acondicionadores de aire, humidificadores; equipos para hacer ejercicios, cintas para correr; equipos de spa; elevadores; suministros para la comodidad, higiene o belleza personal; fundas y suministros desechables; aparatos de corrección o de apoyo y otros artículos, como medias, y suministros médicos de consumo que no sean materiales de ostomía o sondas urinarias, incluidos, a modo de ejemplo, vendas y otros suministros médicos desechables, preparaciones cutáneas y tiras reactivas, a menos que esta Póliza indique lo contrario en la sección “Beneficio de medicamentos con receta”.
- Todos los **cargos de Proveedores en país extranjero** están excluidos según esta Póliza, salvo lo indicado específicamente en “Tratamiento recibido de proveedores en país extranjero”, en la sección de esta Póliza llamada “Beneficios integrales: cobertura de la Póliza”.
- **Servicios de pedicura de rutina**, a menos que sean Necesarios por razones médicas. Esta exclusión se aplica para el corte o la extracción de callos o durezas; el recorte de uñas; la limpieza y el cuidado preventivo de los pies, incluidos, a modo de ejemplo:
 - a) la limpieza y el remojo de los pies;
 - b) la aplicación de cremas para el cuidado del tono de la piel;
 - c) otros servicios que se prestan cuando no existe una enfermedad, una lesión o un síntoma que involucre los pies.

Esta exclusión no se aplica para los tratamientos de callos, durezas y el cuidado de las uñas de los pies para pacientes con diabetes o enfermedad vascular.

- Cargos por los **servicios de un Médico de reserva**.
- Cargos por **trasplantes de órganos animales a seres humanos**.
- **Reclamos recibidos por Cigna después de transcurridos los 90 días** desde la fecha en que se prestó el servicio, excepto (a) en el caso de incapacidad legal, en donde dicho plazo se extiende hasta 15 meses, o (b) si Cigna recibe el reclamo más de 90 días después, pero tan pronto como fuera razonablemente posible.

Beneficios de Medicamentos con receta

Pagos a la Farmacia

Para conocer las definiciones asociadas con los beneficios de Medicamentos con receta, consulte la sección “Definiciones” de esta Póliza. Los beneficios de Medicamentos con receta están sujetos a las disposiciones estipuladas en esta sección, y a todas las otras disposiciones de la Póliza.

Los Medicamentos con receta y los Suministros relacionados cubiertos que se obtienen en una Farmacia están sujetos al Deducible que se encuentra en el Programa de beneficios y, una vez que se alcanza el Deducible, están sujetos a los Copagos o Coseguros correspondientes que se encuentran en el Programa de beneficios. Para obtener más información sobre el Deducible, consulte la sección “Definiciones” de la Póliza.

La Lista de medicamentos con receta de Cigna está disponible mediante solicitud previa; para ello, debe llamar al número de servicio al cliente que se encuentra en su tarjeta de identificación, o bien, visitar <http://www.cigna.com/ifp-drug-list>.

En el caso de que solicite un Medicamento de marca que tenga un equivalente Genérico, deberá pagar la diferencia de costo entre el Medicamento de marca y el Medicamento genérico, más el Copago o Coseguro genérico que se indica en el Programa de beneficios.

Su responsabilidad con respecto a los Medicamentos con receta y Suministros relacionados cubiertos será siempre la cantidad más baja que:

- el Copago o Coseguro por el Medicamento con receta;
- la tarifa con descuento de Cigna por el Medicamento con receta; o bien,
- el costo habitual y acostumbrado (U&C, por sus siglas en inglés) de la Farmacia para el Medicamento con receta.

Habitual y acostumbrado (U&C), con respecto a los beneficios de Medicamentos con receta, hace referencia al precio de venta minorista en efectivo indicado por la Farmacia.

Medicamentos con receta y Medicamentos de especialidad cubiertos como beneficios médicos

Cuando los Medicamentos con receta y los Medicamentos de especialidad que se encuentran en la lista de Medicamentos con receta de Cigna se administren en un entorno de cuidado de la salud por un Médico o profesional de cuidado de la salud, y se facturen junto con los cargos de la consulta o del centro, estarán cubiertos según los beneficios médicos de esta Póliza. No obstante, es posible que estén sujetos a una autorización previa para el Medicamento con receta o a requisitos de Terapia escalonada.

Para ciertos Medicamentos de distribución limitada cubiertos según los beneficios médicos de esta Póliza, el Proveedor que administra el medicamento debe obtenerlo directamente de un Proveedor de Medicamentos de distribución limitada contratado por Cigna para que dicho medicamento esté cubierto. Si tiene preguntas sobre la obtención de los medicamentos que se le administran, consulte con su Proveedor.

Beneficios de medicamentos de especialidad y medicamentos autoinyectables y no autoinyectables

Medicamentos cubiertos según los beneficios de Medicamentos con receta

Los Medicamentos autoinyectables y las jeringas para la autoadministración de esos medicamentos están cubiertos según el beneficio de Medicamentos con receta de esta Póliza. Para determinar si un medicamento que se le ha recetado está cubierto, puede:

- iniciar sesión en su cuenta myCigna.com y
- ver la Lista de medicamentos con receta de Cigna en <http://www.cigna.com/ifp-drug-list>;
- luego elegir la Lista de medicamentos con receta de Cigna correspondiente a su estado.

Nota: Es posible que estos medicamentos estén sujetos a una Autorización previa para el Medicamento con receta o a requisitos de Terapia escalonada.

Medicamentos cubiertos según los beneficios médicos

Los medicamentos no autoinyectables y los medicamentos de especialidad inyectables que se encuentran en la Lista de medicamentos con receta de Cigna están cubiertos según los beneficios médicos de esta Póliza, en el siguiente caso:

Cuando los Medicamentos inyectables y los Medicamentos de especialidad inyectables que se encuentran en la Lista de Medicamentos con receta de Cigna se administren en un entorno de cuidado de la salud por un Médico o profesional de cuidado de la salud, y se facturen junto con los cargos de la consulta o del centro.

Para ver la Lista de medicamentos con receta de Cigna, usted y su Médico pueden ir a:

- <http://www.cigna.com/ifp-drug-list>, y
- elegir su estado.

Nota: Es posible que estos medicamentos estén sujetos a una Autorización previa para el Medicamento con receta o a requisitos de Terapia escalonada.

Gestión de las Listas de medicamentos con receta

La Lista de medicamentos con receta está administrada por el Equipo de decisiones comerciales, el cual, sujeto a la revisión y aprobación de la Lista de medicamentos con receta por parte del Comité de P&T, toma decisiones con respecto a la asignación del nivel de cobertura de los Medicamentos con receta o Suministros relacionados, o bien, aplica los requisitos de administración de la utilización a ciertos Medicamentos con receta o Suministros relacionados. Los niveles de cobertura de la Póliza pueden contener Medicamentos con receta o Suministros relacionados que son Medicamentos genéricos, Medicamentos de marca o Medicamentos de especialidad. La asignación de cualquier Medicamento con receta o Suministro relacionado a un nivel específico y la aplicación de requisitos de administración de utilización a un Medicamento con receta dependen de varios factores clínicos y económicos. Los factores clínicos incluyen, entre otros, las evaluaciones del Comité de P&T del lugar para la terapia, o la seguridad o eficacia relativas del Medicamento con receta o Suministros relacionados; mientras que los factores económicos incluyen, entre otros, el costo o las rebajas disponibles para los Medicamentos con receta o Suministros relacionados. Ya sea que un Medicamento con receta o un Suministro relacionado sea adecuado para usted o cualquier Familiar, sin importar la elegibilidad de cobertura según su Póliza, usted (o su Familiar) y el Médico que receta realizan una determinación.

El estado de cobertura de un Medicamento con receta o Suministro relacionado puede cambiar periódicamente durante el Año de la Póliza por diversas razones. Por ejemplo, un Medicamento con receta o Suministro relacionado puede ser retirado del mercado, un nuevo Medicamento con receta de la misma clase terapéutica puede estar disponible o el costo de un Medicamento con receta o Suministro relacionado puede aumentar.

A consecuencia de los cambios en la cobertura, es posible que deba pagar más o menos por ese Medicamento con receta o Suministro relacionado, o probar otro Medicamento con receta o Suministro relacionado cubierto. Visite www.mycigna.com a través de Internet o llame a servicio al cliente al número de teléfono que se encuentra en su tarjeta de identificación para conocer el estado del nivel más

actualizado, la supervisión de la utilización u otras limitaciones de cobertura de Medicamentos con receta o Suministros relacionados.

Gastos cubiertos

Si una Persona asegurada, mientras esté cubierta según esta Póliza, asume gastos en una Farmacia en concepto de Medicamentos con receta o Suministros relacionados Medicamente necesarios indicados por un Médico, Cigna cubrirá dichos gastos, según lo detallado en el Programa de beneficios. La cobertura también incluye Medicamentos con receta y Suministros relacionados Necesarios por razones médicas e indicados a través de una receta médica emitida por un dentista autorizado, a su nombre o para sus familiares, para prevenir una infección o el dolor en relación con un procedimiento dental.

Cuando se le emita una receta a usted o a un Familiar por Medicamentos con receta o Suministros relacionados Necesarios por razones médicas, como parte de la prestación de Servicios de emergencia, y dicha receta no pueda ser razonablemente entregada por una Farmacia participante, la receta estará cubierta por Cigna, como si hubiese sido entregada por una Farmacia participante.

Acceso a Farmacias minoristas participantes

El acceso a los beneficios de Medicamentos con receta a través de Farmacias minoristas participantes es obligatorio, a menos que: (i) la distribución del medicamento esté limitada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. (USFDA, por sus siglas en inglés); o (ii) el medicamento requiera un manejo especial, la coordinación del Proveedor o la educación del paciente y, por lo tanto, no pueda ser entregado por una farmacia minorista.

Lo que está cubierto

- Los medicamentos para pacientes ambulatorios cuya venta esté limitada a la venta mediante receta médica únicamente por la ley federal o estatal correspondiente, salvo en el caso de la insulina, la cual no requiere receta médica.
- Productos farmacéuticos que ayudan a dejar de fumar, de acuerdo con las recomendaciones “A” o “B” del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos.
- Productos o suplementos alimenticios especiales, cuando estén indicados por el médico, si estamos de acuerdo en que son Necesarios por razones médicas.
- Medicamentos autoinyectables y jeringas necesarias, incluidas la insulina (no requiere receta médica); jeringas; dispositivos para inyección, glucómetros, glucómetros para personas legalmente ciegas; tiras reactivas para medir la glucosa; tiras reactivas para el control de cetona con lectura visual; tiras reactivas para urianálisis; lancetas; hipoglucemiantes orales; kits de emergencia de glucagón e hisopos con alcohol.
- Medicamentos anticancerígenos de administración oral recetados en relación con tratamientos de quimioterapia contra el cáncer, con el argumento de que no son menos favorables que los medicamentos anticancerígenos de administración intravenosa.
- Medicamentos con receta (o terapia con medicamentos intravenosos o para pacientes internados) y que se usan en el tratamiento del dolor asociado al cáncer, con el argumento de que la dosis supera la dosis recomendada del analgésico, si se receta según las normas establecidas relativas a los pacientes con dolor incoercible asociado al cáncer.
- No se denegarán los beneficios por ningún medicamento aprobado por la USFDA para tratar (i) el cáncer, debido a que el medicamento no ha sido aprobado por la USFDA para ese tipo específico de cáncer para el que se recetó, o (ii) una indicación cubierta, si el medicamento ha sido aprobado por la USFDA para al menos una indicación, o bien, si el medicamento se reconoce en un compendio de referencia estándar como un medicamento seguro y eficaz para el tratamiento de ese tipo específico de cáncer, o dicha indicación cubierta, respectivamente.

- Todos los compuestos con receta que no se administren mediante infusión y que contengan al menos un ingrediente aprobado por la FDA compuesto por un producto farmacéutico acabado aprobado por la FDA y que estén, de otro modo, cubiertos por los beneficios de Medicamentos con receta, **excepto** cualquier polvo a granel incluido en el compuesto.
- Medicamentos y dispositivos anticonceptivos aprobados por la FDA. Una receta para un suministro de 12 meses de anticonceptivos hormonales debe estar cubierta cuando se despache o entregue en una sola vez.
- Medicamentos de especialidad.

Condiciones de servicio

El medicamento o la medicina deben reunir las siguientes condiciones:

- Salvo en el caso de la insulina, lo debe recetar un Médico por escrito y se debe entregar en el plazo de un Año a partir de la fecha en que se recetó, sujeto a las leyes federales o estatales.
- Su uso debe estar aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
- Debe estar indicado para la atención y el tratamiento directos de la Enfermedad, Lesión o afección de la Persona asegurada; sin embargo, los suplementos alimenticios, dispositivos de salud o medicamentos con fines estéticos no están cubiertos, incluso si están indicados por un Médico para la atención o el tratamiento de la Enfermedad de una Persona asegurada.
- Se debe obtener a través de una Farmacia minorista autorizada o solicitar por correo postal a través del Programa de entrega a domicilio de la farmacia.
- El medicamento no se debe usar mientras la Persona asegurada esté internada.
- La receta no debe superar el suministro diario indicado en la sección "Limitaciones" que se encuentra más abajo.
- Los Medicamentos de especialidad inyectables y para infusión con receta pueden necesitar una Autorización previa o una precertificación.

Exclusiones

Lo siguiente no está cubierto según esta Póliza. No se pagarán los siguientes gastos:

- Medicamentos no aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
- Cualquier medicamento que no esté incluido en la Lista de medicamentos con receta y no esté de otro modo aprobado para recibir cobertura a través del proceso de excepción de la Lista de medicamentos sin receta.
- Medicamentos, dispositivos o suministros disponibles de venta sin receta, que no requieren receta médica según la ley federal o estatal, a menos que esta Póliza indique lo contrario, o se designen específicamente como de cuidado preventivo sin costo y se exijan según la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (PPACA, por sus siglas en inglés).
- Medicamentos que no requieren una advertencia federal (una designación federal para los medicamentos que requieren la supervisión de un Médico), a excepción de la insulina.
- Cualquier medicamento que sea una alternativa farmacéutica de un medicamento de venta sin receta, a excepción de la insulina.
- Una clase de medicamento en la que por lo menos uno de los medicamentos no requiere receta médica, y los medicamentos de la clase se consideran equivalentes desde el punto de vista terapéutico, según lo determinado por el Comité de P&T.
- Cualquier medicamento inyectable que requiera la supervisión de un Médico y que no sea considerado normalmente como un medicamento de autoadministración está cubierto según los beneficios médicos

de este plan y requiere Autorización previa. A continuación se incluyen ejemplos de medicamentos que requieren la supervisión de un Médico: medicamentos inyectables indicados para tratar la hemofilia y el virus respiratorio sincicial (RSV, por sus siglas en inglés), medicamentos inyectables para quimioterapia y medicamentos para trastornos endocrinos y metabólicos.

- Medicamentos relacionados con la esterilidad, salvo los que exige la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (PPACA).
- Cualquier medicamento destinado al tratamiento de una disfunción sexual, incluidas, entre otras, la disfunción eréctil, la eyaculación tardía, la anorgasmia y la disminución de la libido o el deseo sexual.
- Cualquier medicamento indicado para adelgazar, controlar el peso y tratar el síndrome metabólico, además de los medicamentos contra la obesidad.
- Cualquier medicamento Experimental, En investigación o No aprobado, según lo que se describe en esta Póliza, salvo lo indicado específicamente en las secciones de esta Póliza llamadas “Ensayos clínicos” y “Medicamentos de uso extraoficial”.
- Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y utilizados con fines diferentes de los aprobados por la FDA, a menos que el medicamento esté reconocido para el tratamiento de la indicación particular en uno de los compendios de referencia estándar (la información sobre medicamentos del American Hospital Formulary Service o AHFS, por sus siglas en inglés) o en publicaciones médicas. El término “literatura médica” hace referencia a estudios científicos publicados en revistas biomédicas revisadas por colegas médicos y escritos en inglés.
- Los productos anticonceptivos implantables colocados por el Médico están cubiertos según los beneficios médicos de la Póliza.
- Suministros, dispositivos y aparatos que requieren y que no requieren receta médica, aparte de los Suministros relacionados, salvo aquellos vinculados con los suministros y equipos para diabéticos.
- Vitaminas con receta, que no sean vitaminas prenatales, suplementos alimenticios, suplementos a base de hierbas y fluoruro, aparte de los suplementos designados específicamente como preventivos según la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (PPACA).
- Medicamentos que se utilizan con fines estéticos y que no tengan un uso aceptable desde el punto de vista médico, como medicamentos para reducir las arrugas, estimular el crecimiento del cabello, medicamentos para controlar la transpiración y cremas para reducir las manchas de la piel.
- Las vacunas inyectables o para infusión, los productos biológicos para la vacunación contra las alergias, los sueros biológicos, la sangre, el plasma sanguíneo y otros hemoderivados o fracciones sanguíneas están cubiertos por los beneficios médicos de la Póliza.
- Medicamentos usados para profilaxis en caso de viaje, salvo los medicamentos contra la malaria.
- Medicamentos obtenidos fuera de los Estados Unidos.
- Cualquier entrega o reposición de Medicamentos con receta y Suministros relacionados para reemplazar los perdidos, robados, derramados, arruinados o dañados antes de la siguiente fecha de reposición.
- Medicamentos usados para mejorar el desempeño atlético.
- Medicamentos que deba tomar o que se le deban administrar a la Persona asegurada mientras esté internada en un hospital autorizado, un centro de enfermería especializada, un centro de reposo u otra institución similar, que disponga en sus instalaciones un centro de entrega de productos farmacéuticos, o bien, que permita que dicho centro opere en sus instalaciones.
- Botiquines de medicamentos de conveniencia.
- Recetas que tengan más de un año desde la fecha de emisión original.

- Los costos relacionados con el envío por correo postal, el envío por otro medio o la entrega de Medicamentos con receta.
- Cualquier uso indebido intencional de este beneficio, lo que incluye la compra de medicamentos con receta para el consumo por parte de una persona distinta de la Persona asegurada.
- Medicamentos u otras sustancias que se entreguen o administren en cualquier entorno ambulatorio. Esto incluye, por ejemplo, los artículos administrados por un Médico.

Limitaciones

A menos que figure una limitación en el envase del fabricante del medicamento, cada Receta médica o reposición estará limitada de la siguiente manera:

- Un suministro de hasta 30 días en una Farmacia minorista participante de medicamentos de los niveles 1 al 4 y un suministro de hasta 30 días de medicamentos del nivel 5, a menos que esta cantidad esté limitada en el envase del fabricante del medicamento (para obtener información detallada sobre los niveles de medicamentos, consulte el Programa de beneficios de la Póliza).
- Un suministro de hasta 90 días en una Farmacia minorista participante que brinda suministros para 90 días de medicamentos de los niveles 1 al 4 y un suministro de hasta 30 días de medicamentos del nivel 5, a menos que esta cantidad esté limitada en el envase del fabricante del medicamento. Para encontrar una Farmacia minorista participante que brinda suministro para 90 días, puede llamar al número de servicio al cliente que se encuentra en su tarjeta de identificación o visitar www.cigna.com/ifp-providers (para obtener información detallada sobre los niveles de medicamentos, consulte el Programa de beneficios de la Póliza).
- Un suministro de hasta 90 días en una Farmacia de entrega a domicilio de Cigna para medicamentos de los niveles 1 al 4 y un suministro de hasta 30 días de medicamentos del nivel 5, a menos que esta cantidad esté limitada en el envase del fabricante del medicamento (para obtener información detallada sobre los niveles de medicamentos, consulte el Programa de beneficios de la Póliza).
- **Nota:** Los Medicamentos con receta aprobados por la Administración Federal de Medicamentos (FDA) para el uso en el tratamiento del dolor provocado por el cáncer están cubiertos, incluso si superan la dosis recomendada o los límites del suministro diario indicados anteriormente, si el medicamento con receta está indicado para tratar a una Persona asegurada que tiene dolor incoercible asociado al cáncer.
- Los medicamentos para dejar de fumar incluidos en la Lista de medicamentos con receta de Cigna tienen un límite de dos suministros de 90 días por Año.
- Es posible que se apliquen límites controlados de medicamentos (MDL, por sus siglas en inglés) en relación con la dosis o la cantidad de días del suministro para ciertos medicamentos; los límites controlados de medicamentos se basan en las recomendaciones de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) federal y del fabricante del medicamento.
- Hasta un límite de dosis o entrega que determine el Comité de P&T.

Sincronización de los medicamentos

- Cigna permitirá y aplicará una tarifa diaria repartida proporcionalmente de Costo compartido a los Medicamentos con receta que se obtienen a través de una Farmacia participante para un suministro parcial si el Médico que receta o el farmacéutico determinan que la entrega o la reposición es lo mejor para la Persona asegurada y esta persona solicita o acepta recibir un suministro parcial para sincronizar sus medicamentos, siempre que dicho prorrateo de cualquier Medicamento con receta no suceda más de una vez al Año.

Proceso de autorización previa, excepción y apelación para medicamentos con receta y suministros relacionados

Se requiere la Autorización previa de Cigna para ciertos Medicamentos con receta o Suministros relacionados, lo que significa que su Médico debe obtener la Autorización previa de Cigna antes de que el Medicamento con receta o Suministro relacionado se cubra.

Autorización previa

Cuando su Médico le recete ciertos Medicamentos con receta o Suministros relacionados, incluidos los medicamentos de alto costo y de especialidad, Cigna requiere que su Médico obtenga Autorización previa antes de que le entreguen la receta o le den el suministro. Para obtener la Autorización previa, su Médico debe seguir el Procedimiento de solicitud de autorización previa y excepción de medicamentos con receta o suministros relacionados como se describe a continuación.

Terapia escalonada

La Terapia escalonada es un tipo de autorización previa. Es posible que Cigna le exija a una Persona asegurada que siga ciertos pasos antes de cubrir algunos Medicamentos con receta y Suministros relacionados, incluidos algunos medicamentos de mayor costo y Medicamentos de especialidad. Asimismo, podemos exigirle que pruebe Medicamentos con receta y Suministros relacionados similares, incluidos los Medicamentos de especialidad que la mayoría de las personas con la misma afección ha considerado seguros, eficaces y más económicos. Los Medicamentos con receta y Suministros relacionados que requieran Terapia escalonada se pueden identificar en la Lista de medicamentos con receta en www.mycigna.com. Para obtener la Autorización previa para Terapia escalonada, su médico debe seguir el Procedimiento de solicitud de autorización previa y excepción de medicamentos con receta o suministros relacionados como se describe a continuación.

Excepciones para medicamentos con receta o suministros relacionados que no aparecen en la Lista de medicamentos con receta

Si su médico le receta un medicamento con receta o un suministro relacionado que no está en la Lista de medicamentos con receta de Cigna, puede solicitar que Cigna haga una excepción y acceda a cubrir ese medicamento o suministro para su afección. Para obtener una excepción para un medicamento con receta o suministro relacionado, su médico debe seguir el Procedimiento de solicitud de autorización previa y excepción de medicamentos con receta o suministros relacionados como se describe a continuación.

Proceso de solicitud de autorización previa y excepción de medicamentos con receta o suministros relacionados

Para obtener una excepción, su Médico podrá llamar a Cigna, o llenar el formulario adecuado y enviarlo por fax a Cigna para solicitarla. Su médico puede certificar por escrito que usted ha utilizado previamente un medicamento con receta o un suministro relacionado que está en la Lista de medicamentos con receta de Cigna o en un Protocolo de terapia escalonada y que el medicamento con receta o suministro relacionado ha sido perjudicial para su salud o ha sido ineficaz en el tratamiento de su afección y, que en la opinión de su médico, probablemente siga siendo perjudicial para su salud o ineficaz en el tratamiento de la condición. Cigna revisará y completará la solicitud de excepción dentro de las 24 horas de su recepción.

Revisión acelerada de una autorización previa, una terapia escalonada o una solicitud de excepción de medicamentos con receta

Su médico puede solicitar una revisión acelerada cuando usted sufre de una afección médica que puede comprometer gravemente su vida, su salud o su capacidad para recuperar el funcionamiento pleno, o cuando usted está experimentando un tratamiento continuo actual con un medicamento que no aparezca en la Lista de medicamentos con receta de Cigna. Cigna revisará y completará la revisión acelerada dentro de las 24 horas de su recepción.

Si la solicitud de excepción es aprobada, el medicamento estará cubierto sin tener que pagar otro costo compartido más que el que aparece en la Lista de medicamentos con receta de Cigna. Su médico recibirá la confirmación. La Autorización previa/Excepción se procesará en el sistema de reclamos de farmacias de Cigna para permitirle tener cobertura para esos Medicamentos con receta o Suministros relacionados. La Autorización previa será otorgada hasta que usted ya no use el Medicamento con receta o el Suministro relacionado para el cual se aprobó la Autorización previa o Excepción. Cuando su médico le avise que se ha aprobado la cobertura para los medicamentos con receta o los suministros relacionados, deberá comunicarse con la farmacia para que le entreguen las recetas.

Si la solicitud es denegada, se les notificará a usted y a su médico que la cobertura para los medicamentos con receta o los suministros relacionados no fue autorizada.

Apelación de una autorización previa, una terapia escalonada o una denegación de excepción de medicamentos con receta

Si usted, una persona que actúe en su nombre, o el médico que receta, u otro proveedor no están de acuerdo con una decisión de cobertura, usted, la persona que actúe en su nombre, el médico que hace la receta u otra persona autorizada a hacer recetas podrán apelar dicha decisión de acuerdo con las disposiciones de esta Política, mediante la presentación de una solicitud por escrito que indique por qué los medicamentos con receta o los suministros relacionados deberían cubrirse. Consulte la sección de esta Póliza llamada “QUÉ HACER CUANDO TIENE UNA QUEJA O APELACIÓN”, la cual describe el proceso de revisión externa independiente.

Si tiene preguntas sobre excepciones específicas para la Lista de medicamentos con receta, la autorización previa o una solicitud de terapia escalonada, llame a Servicio al cliente al número de teléfono gratuito que se encuentra en la parte posterior de su tarjeta de identificación.

Cobertura de medicamentos nuevos

Todos los medicamentos nuevos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) (o indicaciones nuevas aprobadas por la FDA) se consideran parte de la Lista de medicamentos sin receta, hasta que el equipo de decisiones comerciales de Cigna tome una decisión con respecto a la asignación del nuevo medicamento (o nueva indicación), decisión que deberá basarse, en parte, en la revisión clínica del medicamento del Comité de P&T. El Comité de P&T hace un esfuerzo razonable para revisar todos los medicamentos nuevos aprobados por la FDA (o indicaciones nuevas aprobadas por la FDA), en un plazo de 90 días después de su lanzamiento al mercado. El equipo de decisiones comerciales debe hacer un esfuerzo razonable para revisar en un plazo de 90 días un medicamento nuevo aprobado por la FDA (o indicación nueva) y, luego, tomar una decisión sobre cada medicamento nuevo aprobado por la FDA (o indicación nueva aprobada por la FDA) en un plazo de 180 días luego de su lanzamiento al mercado, o bien, si este plazo no se cumple, se debe documentar una justificación clínica.

Reembolso/presentación de un reclamo

Cuando una Persona asegurada compra Medicamentos con receta o Suministros relacionados a través de una Farmacia minorista participante, esta deberá pagar al momento de la compra todo Copago, Coseguro o Deducible que figure en el programa. La Persona asegurada no necesita presentar un formulario de reclamo.

Para comprar Medicamentos con receta o Suministros relacionados del Programa de farmacia con entrega a domicilio de Cigna, consulte el folleto de medicamentos con entrega a domicilio en www.mycigna.com para obtener más información, o llame al número gratuito de servicio al cliente que se encuentra en el lado de atrás de su tarjeta de identificación.

Reclamos y servicio al cliente

Los formularios de reclamo por medicamentos están disponibles mediante una solicitud por escrito a la siguiente dirección:

Para reclamos de Farmacias minoristas:
Cigna Pharmacy Service Center
P.O. Box 188053
Chattanooga TN 37422-8053

Para reclamos de Farmacias con entrega a domicilio:
Farmacia con entrega a domicilio de Cigna
P.O. Box 1019
Horsham PA 19044-1019
1-800-835-3784

**Los formularios también están disponibles en línea a través de www.mycigna.com.
Para solicitar que se le envíen los formularios por correo postal, llame al número gratuito del servicio al cliente que se encuentra en el lado de atrás de su tarjeta de identificación.**

Si usted o sus familiares tienen alguna pregunta sobre el beneficio de Medicamentos con receta, deben llamar al número gratuito del servicio al cliente que se encuentra en la parte de atrás de su tarjeta de identificación.

Beneficios de atención pediátrica de la vista para el cuidado brindado por un oftalmólogo u optometrista

Beneficios de atención pediátrica de la vista

Tenga en cuenta que la red de Servicios pediátricos de la vista es diferente de la red de sus beneficios médicos.

Los beneficios de atención pediátrica de la vista cubiertos están sujetos a cualquier Coseguro aplicable que figure en el programa de beneficios.

Los beneficios se aplicarán hasta el último día del mes en el que se cumpla la edad límite.

Nota: Los exámenes de la vista de rutina hechos por un PCP o pediatra están cubiertos por el beneficio de servicios preventivos.

Definiciones

Colección de marcos pediátricos. Hace referencia a marcos específicos que son adecuados para sostener las lentes y están totalmente cubiertos por los beneficios de salud esenciales, según se define en esta Póliza.

Servicios de atención pediátrica de la vista. Hacen referencia a los exámenes de atención de la vista de rutina y otros servicios o tratamientos preventivos que se describen en la sección “Servicios de atención pediátrica de la vista” de esta Póliza, brindados a una Persona asegurada menor de 19 años. **Los beneficios se aplicarán hasta el último día del mes en el que se cumpla la edad límite.**

Habitual y acostumbrado (U&C). En relación con los beneficios de Atención pediátrica de la vista de este plan, hace referencia a la cantidad que un Médico u otro Proveedor le cobraría a un paciente privado y sin seguro por los servicios o materiales brindados. En el caso de los materiales, esta cantidad incluye el costo mayorista o del fabricante, más el margen minorista. El reembolso de servicios de atención pediátrica de la vista según los cargos habituales y acostumbrados se aplica solo en los casos de servicios brindados por Proveedores no participantes debido a una inadecuación de la red o en caso de una emergencia, y no a cargos por servicios brindados por Proveedores participantes.

Beneficios cubiertos

Los beneficios cubiertos dentro de la red para Personas aseguradas hasta fin del mes en el cual la Persona asegurada cumple 19 años incluyen lo siguiente:

- **Exámenes.** Una evaluación de la salud de la vista y los ojos por un optometrista u oftalmólogo, que incluye, a modo de ejemplo, un examen para controlar la salud de los ojos, dilatación, refracción y receta médica de anteojos.
- **Lentes para anteojos.** Se incluyen todos los lentes recetados, incluidos lentes prismáticos, de policarbonato, monofocales de vidrio o plástico estándares, bifocales con línea, trifocales con línea, lenticulares y progresivos estándares. También se incluyen los siguientes accesorios adicionales:
 - Lentes extra grandes.
 - Todos los matices sólidos y gradientes.
 - Protección contra rayones.
 - Revestimiento ultravioleta (UV).

- Ahorros de 20 % como mínimo* en todas las mejoras adicionales que elija para sus lentes, entre las que se incluyen revestimiento antirreflectante; polarizados; lentes de alto índice y estilos como lentes segmentados mixtos, intermedios y lentes progresivos de calidad superior.

* La participación del proveedor es 100 % voluntaria; consulte con su Profesional de atención de la vista sobre los descuentos ofrecidos.

- **Marcos.** Un marco por cada lente recetado por Año de la Colección de marcos pediátricos. Únicamente los marcos de la colección de marcos pediátricos están 100 % cubiertos. Marcos que no son parte de la colección: el costo compartido del miembro es de hasta el 75 % del precio minorista.
- **Lentes de contacto electivos.** Un par o una compra única de un suministro de lentes de contacto, en lugar del beneficio de lentes y marcos (no se pueden recibir lentes de contacto y marcos en el mismo Año de beneficios), incluidos los servicios profesionales.
- **Lentes de contacto terapéuticos.** Están cubiertos para un suministro de un Año, sin importar el tipo de lente de contacto, incluidos los servicios profesionales, en lugar del marco y los lentes. Se brindará cobertura para lentes de contacto terapéuticos cuando la agudeza visual no pueda corregirse a 20/70 con anteojos en el ojo con mejor visión y el ajuste de los lentes de contacto pudiera brindar este nivel de agudeza visual; y en ciertos casos de anisometropía, queratocono o afaquia, según lo determine y documente su proveedor de atención de la vista. No están cubiertos los lentes de contacto obtenidos para otros fines terapéuticos o para la reducción de los campos visuales debido a una corrección alta mayor o menor.
- **Cobertura de visión parcial:** Los servicios y dispositivos profesionales complementarios para la visión parcial están totalmente cubiertos una vez cada 12 meses, para un miembro con visión parcial o cuya vista no se pueda corregir completamente con cirugía, fármacos, lentes de contacto o anteojos. Existen varios dispositivos para tratar la visión parcial, como el telescopio bióptico, que puede ayudar al miembro con sus necesidades específicas.

* Es posible que algunos profesionales de atención de la vista de la red de Cigna Vision no ofrezcan estos servicios. Antes de concertar una cita, consulte primero con su profesional de atención de la vista.

Exclusiones

- Entrenamiento ortóptico o visual y cualquier prueba complementaria asociada.
- Tratamiento médico o quirúrgico de los ojos.
- Cualquier examen de la vista o accesorio correctivo para la vista requerido por un empleador como condición para el empleo.
- Cualquier afección o enfermedad pagada o a pagar por accidentes de trabajo o una ley similar, o que se relacione con el trabajo, salvo la cobertura de cualquier afección médica de conformidad con dicha exclusión si (i) un fallo de la Comisión de Indemnización Laboral deniega los beneficios de indemnización relacionados con dicha afección médica y no existe ninguna solicitud de revisión del fallo, dentro del plazo indicado y de conformidad con la ley correspondiente; o bien, (ii) luego de una revisión, un fallo de la Comisión de Indemnización Laboral deniega los beneficios de indemnización relacionados con la afección médica. Después de la inscripción del fallo de indemnización laboral según los puntos (i) o (ii) que prohíba la aplicación de esas exclusiones, Cigna deberá brindar de inmediato cobertura para dicha afección médica, en la medida en que esté cubierta de otro modo según el contrato, el contrato de suscripción o el plan de servicios de salud. Si, una vez que se presentó la apelación ante el Tribunal de Apelaciones o la Corte Suprema, se determina que dicha afección médica es compensable según la Ley de Indemnización Laboral de Virginia (título 65.2), Cigna puede recuperar los costos de la cobertura de afecciones médicas compensables según dicha ley, a través de la aseguradora de indemnización para trabajadores del empleador o el trabajador correspondiente.
- Cargos que superen el cargo habitual y acostumbrado por el servicio o los materiales.

- Cargos asumidos después de que finalice la Póliza o la cobertura del asegurado según la Póliza, a excepción de lo que se indica en la Póliza.
- Tratamiento o dispositivo no convencional experimental, en investigación o no comprobado.
- Dispositivos de aumento o para tratar la visión parcial que no figuren como “Beneficios cubiertos” de otra forma, más arriba en esta sección.
- Cualquier tipo de anteojos, lentes o lentes de contacto sin receta.
- Tratamientos de lentes para anteojos, accesorios o recubrimientos para lentes que no figuren como “Beneficios cubiertos” de otra forma en esta sección.
- Dos pares de anteojos, en lugar de lentes bifocales o trifocales.
- Anteojos o lentes de seguridad necesarios para el trabajo.
- Beneficio de anteojos para terminal de pantalla de video (VDT, por sus siglas en inglés) o computadora.
- Para métodos de tratamiento o procedimientos Experimentales, En investigación o No comprobados que no estén aprobados por la Asociación Médica Estadounidense o la asociación oftalmológica especializada correspondiente, o en relación con dichos métodos.
- **Reclamos recibidos por Cigna después de transcurridos los 90 días** desde la fecha en que se prestó el servicio, excepto (a) en el caso de incapacidad legal, en donde dicho plazo se extiende hasta 15 meses, o (b) si Cigna recibe el reclamo más de 90 días después, pero tan pronto como fuera razonablemente posible.

Proveedores de Cigna Vision

Para encontrar un Proveedor de Cigna Vision u obtener un formulario de reclamo, la Persona asegurada debe visitar www.mycigna.com y usar el enlace que se encuentra en la página sobre la cobertura de la vista, o puede llamar al servicio al cliente al número gratuito que se encuentra en su tarjeta de identificación.

Reembolso/presentación de un reclamo

Cuando una Persona asegurada se hace un examen o compra materiales de un Proveedor de Cigna Vision, deberá pagar al momento de la compra todo Copago, Coseguro o Deducible que figure en el programa. La Persona asegurada no necesita presentar un formulario de reclamo.

Si usted o sus familiares tienen alguna pregunta sobre los beneficios de Atención pediátrica de la vista, deben llamar al número gratuito del servicio al cliente que se encuentra en la parte de atrás de su tarjeta de identificación.

Cláusulas generales

Cláusula alternativa de contención de costos

En ciertas situaciones, podemos aprobar servicios según un plan de tratamiento alternativo. Un plan de tratamiento alternativo puede incluir servicios o suministros que estén limitados o excluidos de otra manera por la Póliza. El plan de tratamiento alternativo debe ser mutuamente acordado entre nosotros, la Persona asegurada y el Médico, Proveedor u otro profesional de cuidado de la salud. El hecho de que ofrezcamos un plan de tratamiento alternativo en un caso particular, no nos compromete de ninguna manera a hacerlo en otras circunstancias, como tampoco nos impide aplicar estrictamente las limitaciones, las exclusiones y los beneficios expresos de la Póliza en cualquier otro momento o para la Persona asegurada.

Seguro con otras compañías

Si existe otra cobertura válida, que no sea la de esta compañía, que brinde beneficios por la misma pérdida según la provisión de un servicio o según un gasto asumido, y sobre la cual no se le haya informado por escrito a esta compañía antes de que ocurriera o comenzara dicha pérdida, la única responsabilidad de cobertura de gasto asumido de esta Póliza será por la proporción de la pérdida como la cantidad que hubiera sido pagadera según esta Póliza. Además, el total de las proporciones equivalentes según todas las demás coberturas válidas para la misma pérdida, sobre la cual esta compañía estaba al tanto, representa el total de las proporciones equivalentes según todas las coberturas válidas para dicha pérdida, y para la devolución de dicha porción de las primas pagadas, como excedería la porción prorrateada para la cantidad determinada. A efectos de la aplicación de esta cláusula, cuando se brinda otra cobertura según la provisión de un servicio, la “proporción equivalente” de dicha cobertura será la cantidad que habrían costado los servicios prestados si no se tuviera dicha cobertura.

Personas que reúnen los requisitos para recibir cobertura según Medicare

Si una Persona asegurada se inscribe en Medicare por motivos diferentes de la edad, Cigna calculará el pago del reclamo por los Servicios cubiertos de acuerdo con los niveles de beneficios de esta Póliza, según la cantidad permitida que se define a continuación, y pagará esta cantidad menos cualquier cantidad que Medicare haya pagado.

Si una Persona asegurada reúne los requisitos para recibir cobertura según Medicare debido a su edad, Cigna calculará el pago del reclamo por los Servicios cubiertos de acuerdo con los niveles de beneficio de esta Póliza, según la cantidad permitida que se define a continuación, y pagará esta cantidad menos cualquier cantidad que Medicare haya pagado. Cigna estimará la cantidad que Medicare debería pagar y reducirá los beneficios a esta cantidad para cualquier Persona asegurada que reúna los requisitos para inscribirse en Medicare debido a su edad, pero que no esté inscrita. En ningún caso la cantidad pagada superará la cantidad que Cigna hubiera pagado si hubiese sido la única aseguradora.

Con este escenario, la cantidad permitida será la cantidad más baja de las siguientes:

- la cantidad que Medicare permitió;
- la Tarifa negociada de Cigna para un Proveedor participante;
- el Cargo máximo reembolsable de Cigna para un Proveedor no participante.

Qué hacer cuando tiene una queja o apelación

A los fines de esta sección, cualquier referencia a "usted", "su(s)" o "Miembro" incluirá también a cualquier representante o Proveedor que usted haya designado para actuar en su nombre, a menos que se indique lo contrario.

Queremos que esté completamente satisfecho con la atención que recibe. Por ese motivo, hemos establecido un proceso para abordar sus inquietudes y resolver sus problemas.

Comience con el servicio al cliente.

Estamos para escucharlo y ayudarlo. Si tiene alguna inquietud con respecto a una persona, un servicio, la calidad de la atención, los beneficios contractuales, una denegación inicial de elegibilidad o una cancelación de cobertura, puede llamar a nuestro número gratuito y explicarle su inquietud a uno de nuestros representantes del servicio al cliente. Llámenos al número gratuito del servicio al cliente que aparece en su tarjeta de identificación de beneficios, en la explicación de los beneficios o en el formulario de reclamo.

Haremos todo lo que esté a nuestro alcance para resolver la inquietud en su contacto inicial. Si necesitamos más tiempo para revisar o investigar su inquietud, nos comunicaremos con usted lo antes posible, dentro de un plazo de 30 días como máximo.

Si no está satisfecho con los resultados de una decisión con respecto a la cobertura, puede iniciar el procedimiento de apelación.

Procedimiento de apelación

Para iniciar una apelación, debe enviar a la dirección que se encuentra abajo una solicitud de apelación por escrito, dentro de los 180 días después de la recepción de una notificación de denegación.

Cigna
National Appeals Organization (NAO)
PO Box 188011
Chattanooga, TN 37422

En dicha solicitud, debe indicar el motivo por el cual cree que se debería aprobar su apelación e incluir cualquier información que respalde su apelación. Si no puede escribir o decide no hacerlo, puede presentar su apelación por teléfono. Llámenos al número de teléfono gratuito que se encuentra en su tarjeta de identificación de beneficios, en la explicación de beneficios o en el formulario de reclamo.

Se revisará su apelación y una persona no involucrada en la decisión inicial decidirá la cuestión. Las apelaciones con respecto a una necesidad por razones médicas o para determinar si un servicio es clínicamente apropiado serán analizadas por un médico o un dentista.

Le comunicaremos la decisión por escrito o por medios electrónicos, a usted o a su representante y al proveedor designado, en un plazo de 15 días calendario después de que recibamos la apelación de una determinación (decisión) sobre una cobertura de atención previa o simultánea al servicio requerida. Le comunicaremos nuestra decisión en un plazo de 30 días calendario después de que recibamos la apelación de cualquier otra determinación sobre una cobertura que sea posterior al servicio.

Si, en relación con la apelación, Cigna considera o genera información (evidencia) nueva o adicional, o se basa en dicha información, nos aseguraremos de enviarle esta información tan pronto como sea posible, y con la anticipación suficiente a la toma de la decisión, para que usted tenga la oportunidad de responder. Asimismo, si Cigna toma en consideración fundamentos nuevos o adicionales, se los notificará tan pronto como sea posible, y con la anticipación suficiente a la toma de la decisión, para que usted tenga la oportunidad de responder.

Apelaciones aceleradas

Usted puede solicitar que se acelere el proceso de apelación en las siguientes circunstancias: (a) si los plazos de este proceso ponen en grave peligro su vida, su salud o su capacidad para recuperar un funcionamiento pleno, o bien, según el criterio de su Médico, le provocan un dolor intenso que no puede controlar sin los servicios solicitados; o (b) su apelación está relacionada con la denegación de una autorización para una hospitalización o la continuación de una hospitalización.

Si solicita que se acelere el proceso de su apelación según el punto (a) anterior, también puede solicitar, al mismo tiempo, una revisión independiente externa acelerada, si el tiempo necesario para que Cigna complete una revisión acelerada resulta perjudicial para su afección médica.

El revisor médico de Cigna, o el médico a cargo de su tratamiento, decidirá si aplican los criterios para una apelación acelerada. Cuando se acelere el proceso de una apelación, le comunicaremos la decisión verbalmente, a usted y a su representante o proveedor, tan pronto como sea posible, pero en un plazo que no supere las 72 horas, teniendo en cuenta las exigencias médicas. En el caso de las apelaciones aceleradas relacionadas con Medicamentos con receta para el alivio del dolor provocado por el cáncer, le comunicaremos la decisión verbalmente, en un plazo de 24 horas luego de que recibamos toda la información necesaria. Haremos un seguimiento por escrito dentro de las 24 horas después del envío de la respuesta verbal de una apelación acelerada.

En el caso de la revisión simultánea de una solicitud de atención urgente, la cobertura del tratamiento seguirá activa, sin ningún tipo de obligación adicional para usted, hasta que se le notifique la decisión de la revisión.

Asistencia del estado de Virginia para la presentación de quejas/apelaciones

Si tiene alguna pregunta con respecto a una apelación vinculada a los servicios de cuidado de la salud que recibió y que no se haya abordado de manera satisfactoria, puede comunicarse con la Oficina del Defensor del Pueblo para Casos de Atención Administrada y solicitar asistencia. A continuación, se incluye información de contacto de la Oficina del Defensor del Pueblo para Casos de Atención Administrada de la Oficina de Seguros (BOI, por sus siglas en inglés) de Virginia:

Office of the Managed Care Ombudsman
Bureau of Insurance (BOI)
P.O. Box 1157
Richmond, VA 23218
Teléfono gratuito: 1-877-310-6560
Área metropolitana de Richmond: 804-371-9032
Correo electrónico: ombudsman@scc.virginia.gov
Sitio web: puede obtener información sobre el Defensor del Pueblo en el sitio web de la Comisión de Corporaciones del Estado:
www.scc.virginia.gov

Si tiene inquietudes sobre la calidad de la atención o el servicio, a continuación encontrará la información de contacto de la Oficina de Acreditaciones y Certificaciones, con la que puede comunicarse cualquier momento:

Office of Licensure and Certification (OLC)
Virginia Department of Health
9960 Mayland Drive, Suite 401
Richmond, VA 23233
Número de teléfono: 804-367-2104, pida por MCHIP
Fax: 804-527-4503

Ningún asegurado que ejerza el derecho a presentar una queja o apelación estará sujeto a la cancelación de su inscripción, ni a ningún otro tipo de sanción, debido a la presentación de dicha queja o apelación.

Revisión externa

Si no está completamente satisfecho con la decisión sobre la revisión de una apelación por parte de Cigna con respecto a una necesidad médica, un medicamento experimental/en investigación, una afección preexistente, una determinación inicial de elegibilidad, una cancelación de cobertura de salud, una determinación sobre si usted reúne los requisitos para alcanzar un estándar alternativo razonable y recibir una recompensa según un programa de bienestar, o una determinación sobre si su Póliza está cumpliendo con las cláusulas relativas a las limitaciones de tratamiento no cuantitativas y de paridad en la aplicación de las técnicas de administración médica consecuentes con la Ley de Paridad de Salud Mental y Equidad para la Adicción, usted o su representante autorizado pueden solicitar que su apelación sea remitida a una organización de revisión independiente. La Organización de revisión independiente está integrada por personas que no son empleadas de Cigna HealthCare ni de ninguna de sus afiliadas. La decisión de utilizar el nivel de apelación voluntaria no afectará los derechos del reclamante con respecto a otros beneficios según la Póliza.

Se considerará que usted ha agotado el proceso de apelación interno en las siguientes circunstancias:

- Si ha completado el proceso de apelación de Cigna.
- Si ha presentado una apelación en la que solicita la revisión de una determinación negativa y, salvo que usted haya aceptado que existe una demora, no ha recibido una decisión por escrito de parte de Cigna, en un plazo de 15 días para los reclamos previos al servicio y en un plazo de 30 días para los reclamos posteriores al servicio, luego de la fecha en que la apelación se presentó ante Cigna.
- Si presentó ante Cigna una solicitud de apelación interna acelerada de una determinación negativa. Puede presentar una solicitud de revisión externa acelerada de la determinación negativa al mismo tiempo. Cuando reciba una solicitud de revisión externa acelerada de una determinación negativa, la organización de revisión independiente (IRO, por sus siglas en inglés) que hace la revisión externa determinará si usted debe completar el proceso de apelación externa acelerada de Cigna, antes de que ellos puedan hacer la revisión externa acelerada. La IRO debe notificarle de inmediato esta determinación y proceder con la revisión externa acelerada, o bien, esperar a que se complete el proceso de apelación interna acelerada.
- Si Cigna acepta obviar el requisito de agotamiento de recursos, usted puede presentar una solicitud de revisión externa de una determinación negativa, antes de que haya agotado el proceso de apelación interna de Cigna. Si se anula el requisito de agotamiento de recursos, puede presentar una solicitud por escrito para una revisión externa estándar.
- La solicitud de una revisión externa se debe enviar dentro de los 120 días después de que usted haya recibido una determinación negativa final. Una determinación negativa en el contexto de una revisión externa hace referencia a una determinación según la cual una hospitalización, la disponibilidad de la atención, una hospitalización ininterrumpida u otro tipo de servicio de cuidado de la salud, según la información brindada no cumplen con los requisitos de Cigna sobre la necesidad médica, la relevancia, el nivel de atención, el entorno de cuidado de la salud, la efectividad, o bien, se consideran experimentales o en investigación.

Apelación externa estándar

En un plazo de 45 días después de la fecha en que recibió una solicitud de revisión externa estándar, la IRO notificará por escrito su decisión de sostener o revertir la determinación negativa.

Una vez que reciba la notificación sobre la decisión de revertir la determinación negativa o determinación negativa final, Cigna deberá aprobar de inmediato la cobertura del servicio de cuidado de la salud o tratamiento que se recomendó o solicitó.

Tenga en cuenta que los requisitos de revisión y respuesta que la IRO debe respetar pueden ser diferentes de los mencionados anteriormente, si la determinación negativa está relacionada con un Tratamiento experimental o en investigación. Si desea presentar una apelación externa de una determinación negativa vinculada a un tratamiento experimental o en investigación, comuníquese con el servicio al cliente al número que se encuentra en la parte de atrás de su tarjeta de identificación, o bien, puede comunicarse con la Oficina de Seguros de Virginia usando la información de contacto que se brindó anteriormente.

Apelación externa acelerada

Es posible que tenga derecho a presentar una solicitud de apelación externa acelerada en los siguientes casos:

- Si recibe una determinación negativa que involucre una afección médica, en relación con la cual el plazo para completar el proceso de apelación interna estándar podría suponer un grave peligro para su vida o su salud, o podría poner en peligro su capacidad para recuperar un funcionamiento pleno.
- Si recibe una determinación negativa final en el caso de que usted tenga una afección médica, en relación con la cual el plazo para completar una apelación externa estándar podría suponer un grave peligro para su vida o su salud, o podría poner en peligro su capacidad para recuperar un funcionamiento pleno, o bien, en el caso de que la determinación negativa final tenga que ver con una hospitalización, la disponibilidad de la atención, una hospitalización ininterrumpida o un servicio de cuidado de la salud por el cual recibió Servicios de emergencia, pero no ha recibido el alta del centro.

Las determinaciones negativas de servicios ya brindados no reúnen los requisitos para una revisión acelerada. Si su solicitud de apelación acelerada se aprueba, la IRO asignada por el BOI tomará la decisión de sostener o revertir la determinación negativa, tan pronto como su afección médica o las circunstancias lo exijan, pero nunca en un plazo que supere las 72 horas después de la fecha de recepción. Usted, Cigna y el BOI recibirán una notificación por escrito dentro de las 48 horas después de la fecha en que se recibió la determinación inicial.

Una vez que reciba la notificación sobre la decisión de revertir la determinación negativa o determinación negativa final, Cigna deberá aprobar de inmediato la cobertura del servicio de cuidado de la salud o tratamiento que se recomendó o solicitó.

Tenga en cuenta que los requisitos de revisión y respuesta que la IRO debe respetar pueden ser diferentes de los mencionados anteriormente, si la determinación negativa está relacionada con un Tratamiento experimental o en investigación. Si desea presentar una apelación externa de una determinación negativa vinculada a un tratamiento experimental o en investigación, comuníquese con el servicio al cliente al número que se encuentra en la parte de atrás de su tarjeta de identificación, o bien, puede comunicarse con la Oficina de Seguros de Virginia usando la información de contacto que se brindó anteriormente.

Notificación de determinación de beneficios en caso de apelación

Todas las notificaciones de decisión sobre una apelación se enviarán por escrito o por medios electrónicos y, en el caso de una determinación negativa, incluirán lo siguiente: (1) las acreditaciones y los títulos profesionales de la persona o las personas que revisaron la apelación; (2) una declaración con la opinión de los revisores sobre sus motivos de la apelación; (3) (1) información suficiente para identificar el reclamo; (2) el motivo o los motivos específicos de la decisión de denegación, incluida la decisión de los revisores en términos sencillos y los fundamentos médicos suficientemente detallados para que usted pueda responder sobre la postura de Cigna; (3) referencia a las cláusulas específicas de la Póliza según las cuales se tomó la decisión; (4) una declaración que exprese que el reclamante tiene derecho a recibir, mediante solicitud previa y sin cargo, copias de todos los documentos, registros y demás información relevante, según lo definido; (5) mediante solicitud previa y sin cargo, una copia de cualquier regla, pauta, protocolo u otro criterio similar interno, en los que se basó para tomar la determinación negativa sobre su apelación y una explicación del criterio científico o clínico que se tuvo en cuenta para tomar una determinación según una necesidad médica, un tratamiento experimental u otro límite o exclusión similar; e (6) información sobre el Programa de Asistencia al Paciente de Atención Administrada, incluida su información de contacto. La notificación definitiva de una determinación negativa incluirá un análisis de la decisión.

Información relevante

La información relevante incluye cualquier documento, registro u otra información que (a) se haya usado como referencia para tomar la determinación de beneficios; (b) se haya presentado, considerado o generado mientras se tomaba la determinación de beneficios, sin importar si dicho documento, registro o información se tuvo en cuenta para tomar la determinación de beneficios; (c) demuestre que cumple con

los procesos administrativos y de amparo exigidos por la ley federal para tomar la determinación de beneficios; o (d) constituya una declaración de política u orientación con respecto a la Póliza, en relación con la opción de tratamiento o beneficio denegado, o el diagnóstico del reclamante, sin importar si dicho consejo o declaración se tuvo en cuenta para tomar la determinación de beneficios.

Términos de la Póliza

- **Todos los cambios del contrato:** la presente Póliza, incluida la página de especificaciones, las notas adicionales y los documentos adjuntos, si los hubiera, constituye el contrato de seguro completo. Los cambios introducidos en la presente Póliza solo tendrán validez si son aprobados por un funcionario de Cigna y se adjuntan a esta Póliza. Ningún representante tiene autoridad para cambiar esta Póliza ni para anular ninguna de sus cláusulas.
- **Período de gracia:** debe enviarle a Cigna las cantidades indicadas por Cigna, de conformidad con esta Póliza, por el período de cobertura correspondiente el primer día de cada período de cobertura o antes de esa fecha.

Si no compró su Póliza en un Mercado, o si compró su Póliza en un Mercado, pero no eligió recibir un crédito tributario de prima por adelantado, existe un período de gracia de 31 días durante el cual las Primas pueden pagarse sin perder la cobertura por cualquier prima adeudada después de la primera Prima. La cobertura continuará durante el período de gracia. Si no recibimos su Prima, la cual vence por completo antes del final del período de gracia, su cobertura se cancelará el último día del período de gracia.

Si compró su Póliza en un Mercado y eligió recibir un crédito tributario de prima por adelantado, existe un período de gracia de noventa (90) días durante el cual las Primas pueden pagarse sin perder la cobertura. La cobertura continuará durante el período de gracia; sin embargo, los reclamos por los servicios prestados después del primer día después del período de gracia quedarán pendientes (médicos) o serán denegados (Medicamentos con receta) hasta el momento en que se pague la Prima. Una vez pagadas las Primas, sus reclamos médicos se procesarán para recibir cobertura. Deberá presentar los formularios de reclamo y los recibos del miembro para recibir el reembolso de sus reclamos de Medicamentos con receta. Consulte la sección Farmacia de esta Póliza para obtener información sobre la presentación de reclamos de Medicamentos con receta. Si no recibimos su Prima adeudada por completo antes del final del período de gracia, su cobertura se cancelará el último día del primer mes del período de gracia.

Consulte las cláusulas llamadas “Cancelación” y “Reactivación” para obtener información sobre la cancelación y la reactivación. Cigna no tendrá obligación alguna de enviarle un recordatorio por las Primas que no se reciban antes del vencimiento del período de gracia. Solo los Miembros de quienes Cigna efectivamente reciba los pagos tendrán derecho a recibir los servicios de cuidado de la salud según lo que se detalla aquí, y solo por el período para el que se recibió el pago, sujeto al período de gracia.

- **Contingencia para la reducción de los costos compartidos:** Si obtuvo su Póliza a través del Mercado estatal o del Mercado facilitado por el gobierno federal, y cumple con ciertos límites sobre los ingresos, es posible que reúna los requisitos para recibir reducciones de los costos compartidos, y posiblemente su Póliza las incluya, según la ley federal. En ese caso, su obligación de costos compartidos (p. ej., Copagos, Coseguros o Deducibles, según corresponda) es inferior a la obligación de costos compartidos que correspondería de otra modo según esta Póliza.

Toda reducción de costos compartidos se basa en el pago que el gobierno federal le hace a Cigna de cantidades que tienen como objetivo reembolsarle a Cigna la diferencia entre su obligación de costos compartidos y la obligación de costos compartidos que correspondería de otro modo, según esta Póliza. En el caso de que el gobierno federal no realice estos pagos o se consideren de otro modo inaceptables o no disponibles, su obligación reducida de costos compartidos (p. ej., Copagos, Coseguros o Deducibles, según corresponda) se puede ver incrementada, mediante la recepción de una notificación

escrita 30 días antes, a la cantidad que correspondería de otro modo según esta Póliza. En tal caso, sus obligaciones de costos compartidos se seguirán administrando de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales y estatales pertinentes.

En el caso de que Cigna tenga prohibido, por cualquier motivo, incrementar su obligación de costo compartido según esta sección, es posible que se incremente su prima, mediante la recepción de una notificación escrita 75 días antes, para que refleje la pérdida del reembolso a Cigna.

▪ **Cancelación por parte de Cigna: Podemos cancelar esta Póliza únicamente en alguno de los siguientes casos:**

1. Si usted no paga sus primas a medida que venzan, sujetas al período de gracia de 31 días para los planes que no hayan sido obtenidos en el Mercado o al período de gracia de 90 días para los planes que hayan sido obtenidos en el Mercado.
2. Si usted ha cometido cualquier acto o llevado a cabo cualquier práctica que se considere un fraude, o hecho una alteración intencional de un dato esencial según los términos de esta Póliza o cobertura.
3. Cuando dejemos de ofrecer este tipo de pólizas a todas las personas de su clase. En ese caso, la ley de Virginia nos exige que hagamos lo siguiente: (1) le enviemos una notificación por escrito a cada una de las Personas aseguradas para informarles sobre la cancelación, al menos 90 días antes de la fecha de la cancelación de la cobertura; (2) le ofrezcamos a cada una de las Personas aseguradas la opción de obtener cualquier otra cobertura individual de seguro hospitalario, médico hospitalario o quirúrgico, con emisión garantizada, al momento de la cancelación; y (3) actuemos de manera uniforme, sin importar cualquier factor relacionado con una condición de salud de la Persona asegurada.
4. Cuando dejemos de ofrecer planes en el mercado individual de Virginia, le informaremos sobre la cancelación próxima de su cobertura 180 días antes de dicha cancelación, como mínimo.
5. Cuando la Persona asegurada ya no resida, viva ni trabaje en el Área de servicio.

Toda cancelación se hará sin perjuicio de los reclamos por Gastos cubiertos que se hayan asumido antes de la cancelación.

▪ **Cancelación hecha por usted: Usted puede cancelar esta Póliza en los siguientes casos:**

Usted puede cancelar su Póliza en cualquier momento y mediante el envío por correo u otro medio de una notificación a Cigna. Su cancelación iniciará cuando recibamos la notificación o en la fecha posterior que usted indique en dicha notificación. En el caso de una cancelación, Cigna le devolverá de inmediato la porción no devengada de cualquier prima que haya pagado. La prima devengada se computará en forma proporcional. La cancelación se hará sin perjuicio de los reclamos que se originen antes de la fecha de inicio de la cancelación.

Si usted se une al ejército y entra en servicio activo, le cancelaremos su Póliza y le reembolsaremos las primas en forma proporcional, una vez que recibamos una notificación escrita sobre el servicio militar.

Nota: En el caso de que un dependiente cubierto según su Póliza se una al ejército y entre en servicio activo, la cancelación de la cobertura aplicará únicamente para ese dependiente y no para toda la Póliza.

Toda cancelación se hará sin perjuicio de los reclamos por Gastos cubiertos que se hayan asumido antes de la cancelación.

- **Cambio de la cobertura:**

Nos reservamos el derecho de cambiar esta Póliza, incluidas sus cláusulas, los beneficios y las coberturas, siempre que dichos cambios sean consecuentes con la ley estatal o federal, e inicien de manera uniforme para todas las personas con cobertura según esta misma Póliza. Solo cambiaremos esta Póliza para todas las Personas aseguradas en la misma clase y cubiertas según la misma Póliza, y de manera individual. Enviaremos una notificación escrita de la intención de incrementar la prima anual o cualquier Deducible, 75 días antes de la renovación de la cobertura. Esta Póliza individual se renueva el 1 de enero de cada Año.

- **Reactivación:**

Si esta Póliza se cancela porque usted no pagó su prima dentro del período de gracia, y si nosotros, o un representante que hayamos autorizado a que acepte primas, aceptamos el pago atrasado de una prima de su parte y sin solicitarle una solicitud de reactivación, reactivaremos esta Póliza a partir de dicha fecha.

Si se requiere y aprueba una solicitud, la Póliza se reactivará a partir de la fecha de aprobación. Sin embargo, si le exigimos la presentación de una solicitud de reactivación y le entregamos un recibo condicional por el pago atrasado de la prima, únicamente le reactivaremos esta Póliza si aprobamos su solicitud de reactivación o bien, en ausencia de dicha aprobación, para el día cuarenta y cinco después de la fecha de nuestro recibo condicional, si no le hemos notificado por escrito que hemos desaprobado su solicitud.

Si se reactiva esta Póliza, usted y Cigna tendrán los mismos derechos que existían según la Póliza inmediatamente antes de la fecha de vencimiento de la prima vencida, sujetos a cualquier cambio o nota adicional adjunto a la Póliza reactivada.

Todas las primas que se acepten en relación con una reactivación se aplicarán a un período por el cual usted no haya pagado las primas anteriormente, pero no a períodos que superen los sesenta días antes de la fecha de reactivación. La reactivación tiene un costo de \$50.

- **Renovación:** Esta Póliza se renueva por Año calendario.

- **Fraude:** si la Persona asegurada ha cometido cualquier acto o llevado a cabo cualquier práctica que se considere un fraude, o hecho una alteración intencional de un dato esencial según los términos de esta cobertura, todas y cada una de las coberturas según esta Póliza se considerarán nulas y no tendrán validez ni efecto legal. A los fines de esta disposición, fraude o decepción incluyen, además de otras alteraciones intencionales, el ocultamiento o la alteración intencional de la fuente directa o indirecta de su prima u otra obligación de costo compartido según esta Póliza, excepto para el pago de primas por parte de sus Familiares u Otro responsable de los pagos autorizado.

- **Acciones legales:** Usted no puede entablar una demanda judicial antes de los 60 días después de que hayamos recibido prueba por escrito de la pérdida. No se podrá iniciar ninguna acción después de 3 Años a partir del momento en que se exige la presentación de la prueba.

- **Conformidad con las leyes estatales y federales:** Si alguna cláusula de esta Póliza, en su Fecha de inicio, está en conflicto con las leyes del estado en el cual reside el asegurado en esa fecha, o con una ley federal, dicha cláusula se cambiará para que cumpla con los requisitos mínimos de esos estatutos.

- **Disposición para casos de nulidad parcial:** si alguna disposición o palabra, término, cláusula o parte de alguna cláusula de esta Póliza adquiere nulidad por algún motivo, estas quedarán sin validez, pero el resto de esta Póliza y sus cláusulas no se verán afectadas y seguirán siendo totalmente válidas y efectivas.

- **La Persona asegurada es la única persona con derecho a recibir beneficios según esta Póliza.** CUALQUIER ACTO, PRÁCTICA U OMISIÓN QUE SE CONSIDERE UN USO FRAUDULENTO DE ESTOS BENEFICIOS, TENDRÁN COMO RESULTADO LA CANCELACIÓN DE ESTA PÓLIZA.
- La Fecha de inicio de esta Póliza está impresa en la tarjeta de identificación de Cigna y en la página de especificaciones de la Póliza.
- Cigna no es responsable de ningún reclamo por daños o lesiones que haya sufrido la Persona asegurada, mientras recibía atención en cualquier Hospital, Centro quirúrgico ambulatorio independiente, Centro de enfermería especializada o por parte de cualquier Proveedor participante o no participante. Dichos establecimientos y proveedores actúan como contratistas de la Persona asegurada.
- **Cigna cumplirá con todos los requisitos relacionados con las notificaciones,** es decir que le enviará a la Persona asegurada la notificación por correo, a la dirección de facturación que se encuentra en nuestros registros. Es responsabilidad de la Persona asegurada notificarnos si su dirección cambia. La Persona asegurada cumplirá con todos los requisitos relacionados con las notificaciones, lo que significa que enviará la notificación por correo a la siguiente dirección:

**Cigna
Individual Services
P. O. Box 30365
Tampa, FL 33630**

- **Cuando la cantidad pagada por Cigna supere la cantidad de la que es responsable según esta Póliza,** Cigna tiene derecho a recuperar la cantidad excedente de la Persona asegurada, a menos que la ley lo prohíba.
- **Los Servicios cubiertos para los que se brindan beneficios según esta Póliza están limitados** al tratamiento, suministro o servicio más apropiado desde el punto de vista clínico y con la mejor relación costo-beneficio según lo define Cigna.
- **Para que una Persona asegurada tenga derecho a recibir los beneficios según esta Póliza,** la cobertura según esta Póliza debe estar activa en la fecha en que se asuma el gasto que dio origen al reclamo de beneficios. Según esta Póliza, se asume un gasto en la fecha en que la Persona asegurada recibe un servicio o suministro por el cual se genera el cargo.
- **Les pagaremos todos los beneficios de esta Póliza directamente a los Hospitales participantes, a los Médicos participantes y a todos los demás Proveedores participantes,** a menos que la Persona asegurada haya pagado la cantidad total del reclamo permitido, en cuyo caso, le haremos un reembolso a la Persona asegurada. Asimismo, puede que le paguemos directamente a cualquier proveedor de servicios cubierto, cuando la Persona asegurada asigne los beneficios por escrito, a más tardar en la fecha en que se presentan las pruebas de la pérdida (reclamo), excepto en el caso de los reclamos de proveedores en país extranjero. Sin embargo, a nuestra entera discreción, podemos pagarle a usted por el costo de cualquier Gasto cubierto de un Proveedor no participante, incluso si los beneficios han sido asignados, a menos que los beneficios se asignen a servicios médicos de emergencia, servicios de transporte, Proveedores, dentistas o cirujanos dentales, de acuerdo con las secciones 38.2-3407.9 y 38.2-3407.13 del Código de Virginia. Cuando los beneficios se le paguen a usted o a sus Dependientes, usted o sus dependientes son responsables de reembolsarle al Proveedor, y el pago que nosotros le hagamos a usted será el cumplimiento de nuestra obligación.
- **Si recibimos un reclamo de un Proveedor en país extranjero por una Afección médica de emergencia,** todo pago que reúna los requisitos le será enviado a la Persona asegurada. La Persona asegurada es responsable de pagarle al Proveedor en país extranjero. Estos pagos satisfacen nuestra obligación con la Persona asegurada por dichos servicios.
- **El pago de beneficios en concepto de reembolso por Gastos cubiertos pagados por un hijo que reúne los requisitos, o el padre que ejerce la custodia del hijo o su tutor legal,** se hará al hijo que

reúne los requisitos, al padre que ejerce la custodia del hijo o a su tutor legal, o a un funcionario estatal cuyo nombre y dirección figuren en lugar del nombre y la dirección del hijo que reúne los requisitos.

- **Cigna le enviará una notificación escrita** en un plazo razonable sobre la cancelación, el incumplimiento o la imposibilidad de prestar servicios según un contrato que tenga con cualquier Proveedor de cuidado primario de la Persona asegurada, el cual le brinde servicios de cuidado de la salud; o sobre la cancelación, el incumplimiento o la imposibilidad de prestar servicios según el contrato con cualquier otro Proveedor participante.
- **Continuación de la atención después de que finalice la participación de un proveedor.**

Cigna le brindará beneficios a usted y a sus Familiares asegurados según el nivel del Proveedor participante cuya participación ha terminado, en las siguientes circunstancias especiales:
- La Persona asegurada seguirá recibiendo su tratamiento actual durante un período de 90 días a partir de la fecha de terminación del proveedor.
- Salvo en el caso de que la participación del Proveedor haya terminado debido a un motivo en particular, la Persona asegurada seguirá recibiendo su tratamiento actual cuando, al momento de la terminación de la participación del Proveedor, la persona haya recibido un diagnóstico de una enfermedad terminal, siempre que dicho tratamiento esté directamente relacionado con la enfermedad terminal. Dependiendo de lo que elija la Persona asegurada, el tratamiento continuará durante el resto de su vida.
- **Cuando la solicite, le brindaremos a la Persona asegurada una lista actualizada de los Proveedores participantes locales.** Si la Persona asegurada desea recibir un directorio más exhaustivo o necesita la lista de los Proveedores nuevos por cualquier otro motivo, debe comunicarse con Cigna al número que se encuentra en el lado de atrás de su tarjeta de identificación para que le brindaremos uno, o bien, puede visitar nuestro sitio web, www.cigna.com.
- **Si, mientras estén cubiertas según esta Póliza, las Personas aseguradas también están cubiertas según otra Póliza grupal o individual de Cigna,** las Personas aseguradas tendrán derecho a recibir únicamente los beneficios de una sola Póliza. Las Personas aseguradas pueden elegir esta Póliza o la otra Póliza para recibir cobertura. Después, Cigna reembolsará cualquier prima recibida según la otra Póliza, teniendo en cuenta el período de tiempo en que ambas Pólizas estaban activas.
- **Si Cigna no cumple con alguna cláusula de esta Póliza o no exige su cumplimiento,** esto no significa que dichas cláusulas se anularán, cambiarán o declararán inválidas en algún otro momento, sin importar que las circunstancias sean las mismas o no.
- **Si las Personas aseguradas estaban cubiertas por una Póliza individual anterior de Cigna que haya sido reemplazada por esta Póliza sin interrupción de la cobertura:**
 - los beneficios usados de la Póliza anterior se imputarán a los beneficios a pagar según esta Póliza.
- **En el caso de una orden de fallo definitivo por parte de un tribunal que declara la totalidad o parte de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (P.L. 111-148) inválida, inconstitucional o, de otro modo, ineficaz y que el estado no brinde medios alternativos o suficientes de financiación de créditos tributarios de primas por adelantado, esta Póliza se regirá por todas las leyes federales y estatales de aplicabilidad continua, incluidas las leyes que rigen la enmienda o cancelación de dicha cobertura.**
- **Examen físico y autopsia**

Cigna, bajo su propia responsabilidad, tendrá el derecho y la oportunidad de evaluar a cualquier Persona asegurada en nombre de la cual se haya presentado un reclamo, con la frecuencia razonable que considere conveniente, durante el período en que el reclamo esté en estado pendiente según esta Póliza. En el caso de que la Persona asegurada fallezca, Cigna tendrá el derecho y la oportunidad de hacer una autopsia, siempre que la ley no lo prohíba.

Otro seguro con esta aseguradora

El seguro activo en cualquier momento dado de la Persona asegurada que tiene una Póliza u otras Pólizas similares a la de Cigna, se limita a la única Póliza que la Persona asegurada, su beneficiario o su estado han elegido, según el caso, y Cigna devolverá todas las primas pagadas para todas las demás Pólizas.

Cómo presentar un reclamo para beneficios

Notificación del reclamo: la notificación escrita del reclamo se debe enviar en un plazo de 20 días después de que ocurra una pérdida cubierta o tan pronto como sea razonablemente posible. La notificación se le puede enviar a Cigna a la dirección P.O. Box 188061 Chattanooga, TN 37422. La notificación debe incluir el nombre de la Persona asegurada, y del Reclamante en el caso de que no sea la Persona asegurada, además del número de ID del miembro.

Primas sin pagar: cuando se paga un reclamo, cualquier prima por pagar y vencida se puede deducir del pago del reclamo.

Formularios de reclamo: cuando Cigna reciba la notificación del reclamo, le enviará al reclamante los formularios para presentar la prueba de pérdida. Si el reclamante no recibe estos formularios en un plazo de 15 días después de enviar la notificación, el reclamante podrá cumplir con el requisito de prueba de pérdida mediante el envío a Cigna de una declaración por escrito sobre la naturaleza y el alcance de la pérdida, dentro del plazo indicado en la sección "Pruebas de pérdida". También puede obtener los formularios de reclamo necesarios a través de www.cigna.com en HealthCare (Cuidado de la salud), Important Forms (Formularios importantes), o bien, puede llamar al número gratuito del servicio al cliente que se encuentra en su tarjeta de identificación.

Recordatorios sobre los reclamos:

- ASEGÚRESE DE USAR SU NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO Y SU NÚMERO DE CUENTA CUANDO PRESENTE FORMULARIOS DE RECLAMO O CUANDO LLAME A SU OFICINA DE RECLAMOS DE Cigna.
 - SU NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO SE ENCUENTRA EN SU TARJETA DE ID.
 - SU NÚMERO DE CUENTA ES EL NÚMERO DE PÓLIZA DE 7 DÍGITOS QUE SE ENCUENTRA EN SU TARJETA DE ID.
- CUANDO PRESENTE UN RECLAMO, ASEGÚRESE DE SEGUIR ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES QUE SE ENCUENTRAN EN LA PARTE DE ATRÁS DEL FORMULARIO DE RECLAMO.

Prueba de pérdida: si la Póliza estipula pagos periódicos por una pérdida permanente, Cigna debe recibir la prueba de pérdida por escrito en un plazo de 90 días después de que finalice cada período del cual Cigna es responsable. En el caso de cualquier otra pérdida, la prueba de pérdida se debe enviar en un plazo de 90 días después de dicha pérdida. Si no fue razonablemente posible presentar la prueba de pérdida por escrito en el plazo obligatorio, Cigna no reducirá ni denegará el reclamo por este motivo, siempre y cuando la prueba se envíe tan pronto como sea razonablemente posible. De cualquier forma, excepto en el caso de incapacidad legal, la prueba obligatoria se debe presentar a más tardar un Año después del plazo indicado.

Asignación de los pagos de reclamos:

Los pagos por beneficios médicos se asignan al Proveedor; cuando le asigna beneficios a un proveedor, se considera que ha asignado la cantidad total del reembolso por los beneficios adeudados en dicho reclamo. Si se le paga de más al proveedor por aceptar el pago de un paciente con respecto al cargo

correspondiente, el proveedor será responsable de reembolsarle al paciente. Según los contratos de Cigna con los proveedores, deben asignarse todos los reclamos de los proveedores contratados.

Reconoceremos y consideraremos cualquier asignación que se haga según esta Póliza, únicamente si:

1. se ejecuta debidamente a través de un formulario que consideremos aceptable;
2. tenemos archivada una copia;
3. es hecha por un Proveedor que tenga autorización para ejercer en los Estados Unidos.

Cuando los beneficios se le paguen a usted o a sus dependientes, usted o sus dependientes son responsables de pagarle al proveedor no participante, y el pago que nosotros le hagamos a usted será el cumplimiento de nuestra obligación.

No asumimos responsabilidad alguna por la validez o efectividad de una asignación.

Plazo de pago de los reclamos: los beneficios se pagarán inmediatamente después de que se reciba la prueba de pérdida debida.

Pago de los reclamos: los beneficios se le pagarán a la Persona asegurada. Es posible que Cigna le pague una porción o el total de cualquier indemnización brindada por servicios de cuidado de la salud al proveedor de dichos servicios, a menos que la Persona asegurada indique lo contrario por escrito al momento de la presentación de las pruebas de pérdida. Cigna no puede exigir que los servicios sean prestados por un proveedor de servicios de cuidado de la salud en particular.

Procedimientos de determinación de reclamos

Procedimientos sobre determinaciones de necesidad médica

En general, para que la Póliza cubra los servicios y beneficios de salud, estos deben ser Necesarios por razones médicas. Los procedimientos para determinar la Necesidad médica varían de acuerdo con el tipo de servicio o beneficio solicitados, y con el tipo de plan de salud. Las determinaciones de necesidad médica se realizan en forma previa, simultánea o posterior al servicio, según se describe a continuación.

Ciertos servicios requieren autorización previa para estar cubiertos. Esta autorización previa se denomina "determinación de necesidad médica previa al servicio". La Póliza indica quién es responsable de obtener esta revisión. La Persona asegurada o su representante autorizado (normalmente su proveedor de cuidado de la salud) deben solicitar las determinaciones de necesidad médica, de acuerdo con los procedimientos que se describen a continuación, en la Póliza y en los documentos de participación en la red del proveedor de la Persona asegurada, según corresponda.

Cuando se determine que los servicios o los beneficios no son Necesarios por razones médicas, la Persona asegurada o su representante recibirán una descripción escrita de la determinación negativa y podrán apelar la determinación. Los procedimientos de apelación se describen en Póliza, en los documentos de participación en la red del proveedor de la Persona asegurada y en las notificaciones de determinación.

Determinaciones de necesidad médica previas al servicio

Cuando la Persona asegurada o su representante solicitan una determinación de necesidad médica previa a la atención, Cigna les notificará a la Persona asegurada o a su representante acerca de la determinación, en un plazo de 2 días hábiles después de recibir la solicitud, siempre y cuando no se requiera información adicional. No obstante, si se necesita más tiempo debido a cuestiones ajenas a Cigna, Cigna les notificará a la Persona asegurada o a su representante en un plazo de dos días hábiles después de recibir la solicitud. Esta notificación incluirá la fecha en que se puede esperar recibir la determinación, que no superará los 30 días contados a partir de la recepción de la solicitud. Si se necesita más tiempo porque falta información necesaria en la solicitud, la notificación también indicará qué información se necesita, y la Persona

asegurada o su representante le deberán brindar la información específica a Cigna, en un plazo de 45 días después de recibir la notificación. El período de determinación se suspenderá en la fecha en que Cigna envíe la notificación que indique la falta de información y se reanudará en la fecha en que la Persona asegurada o su representante respondan a la notificación.

Si los períodos de determinación precedentes (a) pusieran en grave peligro la vida o la salud de la Persona asegurada, o su capacidad para recuperar un funcionamiento pleno, o bien, (b) según el criterio de un médico que conozca la afección médica de la Persona asegurada, le hicieran sentir un dolor intenso que no puede controlarse sin los servicios solicitados, Cigna tomará la determinación previa al servicio en forma acelerada. El revisor médico de Cigna, previa consulta con el médico a cargo de su tratamiento, decidirá si es necesaria una determinación acelerada. Cigna les notificará a la Persona asegurada o a su representante acerca de la determinación acelerada, en un plazo de 24 horas después de recibir la solicitud. Las determinaciones relacionadas con los Medicamentos con receta para tratar el dolor provocado por el cáncer se tomarán en un plazo de 24 horas. No obstante, si falta información necesaria en la solicitud acelerada, Cigna se lo notificará a la Persona asegurada o a su representante, en un plazo de un día calendario después de recibir la solicitud, y le indicará qué información se necesita. La Persona asegurada o su representante deberán brindarle a Cigna la información indicada, en un plazo de 48 horas después de recibir la notificación. Cigna les notificará a la Persona asegurada o a su representante acerca de la determinación acelerada de beneficios, en un plazo de 48 horas después de que la Persona asegurada o su representante respondan a la notificación. Las determinaciones se pueden comunicar en forma oral y, en un plazo de 3 días calendario, mediante una notificación escrita o electrónica.

Si la Persona asegurada o su representante no siguen los procedimientos de Cigna para solicitar una determinación de necesidad médica previa al servicio obligatoria, Cigna les notificará sobre el incumplimiento en cuestión y describirá los procedimientos adecuados para presentar la solicitud en un plazo de 5 días (o 24 horas, si es necesaria una determinación acelerada, según lo que se describió anteriormente) después de recibir la solicitud. Esta notificación se puede brindar en forma oral, a menos que la Persona asegurada o su representante soliciten una notificación por escrito.

Determinaciones de necesidad médica simultáneas

Cuando se haya aprobado un tratamiento continuo para una Persona asegurada y esta desee extender la aprobación, la Persona asegurada o su representante deben solicitar una determinación de necesidad médica simultánea obligatoria, como mínimo 24 horas antes del vencimiento del período o la cantidad de tratamientos que se haya aprobado. Cuando la Persona asegurada o su representante soliciten dicha determinación, Cigna les notificará acerca de la determinación dentro en un plazo de 24 horas después de recibir la solicitud.

Determinaciones de necesidad médica posteriores al servicio

Cuando una Persona asegurada o su representante soliciten una determinación de necesidad médica posterior a la prestación de los servicios, Cigna les notificará acerca de la determinación en un plazo de dos días hábiles después de recibir la solicitud. No obstante, si se necesita más tiempo para tomar la determinación debido a cuestiones ajenas a Cigna, Cigna les notificará a la Persona asegurada o a su representante en un plazo de dos días hábiles después de recibir la solicitud. Esta notificación incluirá la fecha en que se puede esperar recibir la determinación, que no superará los 45 días contados a partir de la recepción de la solicitud.

Si se necesita más tiempo porque falta información necesaria en la solicitud, la notificación también indicará qué información se necesita, y la Persona asegurada o su representante le deberán brindar la información específica a Cigna, en un plazo de 45 días después de recibir la notificación. El período de determinación se suspenderá en la fecha en que Cigna envíe la notificación que indique la falta de información y se reanudará en la fecha en que la Persona asegurada o su representante respondan a la notificación.

Determinaciones sobre reclamos posteriores al servicio

Cuando una Persona asegurada o su representante soliciten el pago de servicios ya prestados, Cigna les notificará acerca de la determinación del pago del reclamo, en un plazo de 30 días después de recibir la solicitud. No obstante, si se necesita más tiempo para tomar la determinación debido a cuestiones ajenas a Cigna, Cigna les notificará a la Persona asegurada o a su representante en un plazo de 30 días después de recibir la solicitud. Esta notificación incluirá la fecha en que se puede esperar recibir la determinación, que no superará los 45 días contados a partir de la recepción de la solicitud. Si se necesita más tiempo porque falta información necesaria en la solicitud, la notificación también indicará qué información se necesita, y la Persona asegurada o su representante deberán brindar la información específica en un plazo de 45 días después de recibir la notificación. El período de determinación se suspenderá en la fecha en que Cigna envíe la notificación que indique la falta de información y se reanudará en la fecha en que la Persona asegurada o su representante respondan a la notificación.

Notificación de determinación negativa

Todas las notificaciones de determinación de beneficios negativa se brindarán por escrito o en forma electrónica, e incluirán la siguiente información relacionada con la determinación: (1) información suficiente para identificar el reclamo; (2) el motivo o los motivos específicos de la determinación negativa; (3) una referencia a las cláusulas específicas de la Póliza sobre las que se basó la determinación; (4) una descripción de cualquier material o información adicionales necesarios para perfeccionar el reclamo y una explicación de por qué dicho material o información son necesarios; (5) mediante solicitud previa y sin cargo, una copia de cualquier regla, pauta, protocolo u otro criterio similar interno, en los que se basó para tomar la determinación negativa sobre su reclamo y una explicación del criterio científico o clínico que se tuvo en cuenta para tomar una determinación según una necesidad médica, un tratamiento experimental u otro límite o exclusión similar; (6) información acerca de cualquier oficina de asistencia al consumidor de seguros de salud o de defensa de derechos disponible para brindarle asistencia durante el proceso de apelación; y (7) en el caso de un reclamo relacionado con atención de urgencia, una descripción del proceso de revisión acelerada aplicable a dicho reclamo.

Primas

El monto de la prima mensual se encuentra en la página de especificaciones que se envió junto con esta Póliza.

Usted será responsable de un cargo adicional de \$45 en concepto de cualquier cheque o transferencia electrónica de fondos que se nos devuelva sin pagar. Este cargo adicional forma parte de la obligación de la prima. No se considerará que ha pagado su prima hasta que Cigna reciba la cantidad de dicha prima y cualquier cargo adicional asumido.

Su prima puede cambiarse ocasionalmente, entre otros motivos, debido a lo siguiente:

- a. La eliminación o incorporación de nuevas Personas aseguradas que reúnan los requisitos
- b. Un cambio en la edad de cualquier Persona asegurada que tenga como resultado una prima más alta
- c. Un cambio de residencia
- d. Aplicación de cualquier cargo adicional como consecuencia de un pago atrasado o devuelto.

Estos cambios iniciarán el primer día del mes siguiente al cambio, a menos que se indique lo contrario en la notificación sobre las primas.

Asimismo, Cigna se reserva el derecho de cambiar la prima mediante el envío de una notificación por escrito, 75 días antes de la fecha de renovación propuesta. Sin embargo, no cambiaremos el cronograma de primas de manera individual, sino que lo haremos únicamente para todas las Personas aseguradas que pertenezcan a la misma clase y estén cubiertas por la misma Póliza que usted. El cambio iniciará en la fecha que se encuentra en la notificación y el pago de las nuevas primas indicará la aceptación del cambio.

Cigna no aceptará el pago directo o indirecto de las primas de ninguna persona o entidad que no sean usted, sus familiares u Otro responsable de los pagos autorizado, salvo que Cigna lo permita expresamente por escrito. Cigna puede solicitarle una declaración certificada en la que indique que no está recibiendo pago u otra remuneración de ninguna persona además del Otro responsable de los pagos autorizado, según se define anteriormente para el pago parcial o total de su prima u otras obligaciones de costo compartido según esta Póliza.